SERIE GENERALE

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 163° - Numero 294

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Sabato, 17 dicembre 2022** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

La **Gazzetta Ufficiale, Parte Prima,** *oltre alla* **Serie Generale***, pubblica cinque Serie speciali, ciascuna contraddistinta da autonoma numerazione:*

1ª Serie speciale: *Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)*
2ª Serie speciale: *Unione europea (pubblicata il lunedì e il giovedì)*
3ª Serie speciale: *Regioni (pubblicata il sabato)*
4ª Serie speciale: *Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)*
5ª Serie speciale: *Contratti pubblici (pubblicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì)*

La **Gazzetta Ufficiale, Parte Seconda,** "Foglio delle inserzioni", *è pubblicata il martedì, il giovedì e il sabato*

AVVISO ALLE AMMINISTRAZIONI

Al fine di ottimizzare la procedura di pubblicazione degli atti in *Gazzetta Ufficiale,* le Amministrazioni sono pregate di inviare, contemporaneamente e parallelamente alla trasmissione su carta, come da norma, anche copia telematica dei medesimi (in formato word) al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: gazzettaufficiale@giustiziacert.it, curando che, nella nota cartacea di trasmissione, siano chiaramente riportati gli estremi dell'invio telematico (mittente, oggetto e data).

Nel caso non si disponga ancora di PEC, e fino all'adozione della stessa, sarà possibile trasmettere gli atti a: gazzettaufficiale@giustizia.it

SOMMARIO

DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 3 ottobre 2022.

Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024.

IL PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

SU PROPOSTA

DEL MINISTRO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI

E

DEL MINISTRO PER LE DISABILITÀ

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELLA SALUTE

E

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», con particolare riguardo all'art. 3-*septies* concernente l'integrazione socio-sanitaria;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»;

Visto l'art. 1, comma 1264 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato», che, al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, istituisce presso il Ministero della solidarietà sociale un fondo denominato Fondo per le non autosufficienze;

Visto l'art. 1, comma 1265 della legge n. 296 del 2006, come modificato dall'art. 3, comma 4, lettera *b)* del decreto-legge 12 luglio 2018, n. 86, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2018, n. 97, in base al quale gli atti e i provvedimenti concernenti l'utilizzazione del Fondo per le non autosufficienze sono adottati dal Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro delegato per la famiglia e le disabilità e il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Visto l'art. 2, comma 109 della legge 23 dicembre 2009, n. 191, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Stato (legge finanziaria 2010)», che, a decorrere dal 1° gennaio 2010, abroga l'art. 5 della legge 30 novembre 1989, n. 386, relativo alla partecipazione delle Province autonome di Trento e Bolzano alla ripartizione dei fondi speciali istituiti per garantire livelli minimi di prestazioni in modo uniforme su tutto il territorio nazionale;

Vista la legge 31 dicembre 2009, n. 196, recante «Legge di contabilità e finanza pubblica»;

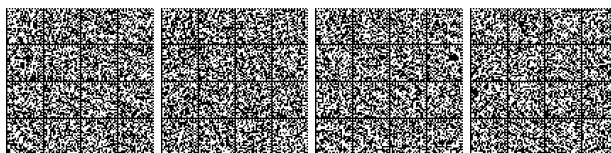
Visto l'art. 1, comma 109 della legge 24 dicembre 2012, n. 228, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013)», laddove dispone che le eventuali risorse derivanti dalle attività di accertamento della permanenza dei requisiti sanitari nei confronti dei titolari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità svolte dall'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) e dalle verifiche straordinarie annue aggiuntive ivi previste, sono destinate ad incrementare il Fondo per le non autosufficienze sino alla concorrenza di 40 milioni di euro annui;

Visto l'art. 1, comma 411 della legge 11 dicembre 2016, n. 232, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019», ai sensi del quale, in sede di revisione dei criteri di riparto del Fondo per le non autosufficienze previsti dall'art. 1, comma 3 del decreto ministeriale di riparto del Fondo per il 2016, è compresa la condizione delle persone affette dal morbo di Alzheimer;

Visto l'art. 21 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, recante «Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà», che istituisce la Rete della protezione e dell'inclusione sociale, e, in particolare, il comma 6, lettera *c)*, che attribuisce alla Rete la responsabilità di elaborare un Piano per la non autosufficienza, quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264 della legge n. 296 del 2006, nonché il comma 7, secondo il quale il Piano ha natura triennale, con eventuali aggiornamenti annuali, ed è adottato nelle medesime modalità con le quali i fondi cui si riferisce sono ripartiti alle regioni;

Vista la legge 30 dicembre 2021, n. 234, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024»;

Visti i commi da 159 a 171 dell'art. 1 della legge n. 234 del 2021, concernenti i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), e, in particolare, il comma 162, secondo cui i servizi socio assistenziali nei confronti delle persone anziane non autosufficienti sono erogati delle aree individuate alle lettere *a)*, *b)* e *c)* del comma medesimo, e il comma 167, ai sensi del quale, ai fini della graduale introduzione dei LEPS, con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Mini-

stro della salute e con il Ministro dell'economia e finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata, sono determinate le modalità attuative, le azioni di monitoraggio e le modalità di verifica del raggiungimento dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti nell'ambito degli stanziamenti vigenti, inclusi quelli di cui al comma 168;

Visto l'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie, approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 14 febbraio 2001;

Visto il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e il Ministro per gli affari regionali e le autonomie con delega in materia di politiche per la famiglia, 26 settembre 2016, concernente il Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016;

Visto il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 22 agosto 2019, che istituisce presso il Ministero medesimo il Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali, di cui all'art. 24, comma 3, lettera *b)* del decreto legislativo n. 147 del 2017;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 21 novembre 2019, concernente l'adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e il riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021, ed in particolare l'allegato F, recante «Linee di indirizzo per progetti di vita indipendente»;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 31 dicembre 2021, concernente la «Ripartizione in capitoli delle Unità di voto parlamentare relative al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e per il triennio 2022-2024», ed in particolare, la tabella 4, riguardante il bilancio di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali che ha assegnato al capitolo di spesa 3538 «Fondo per le non autosufficienze», una disponibilità per gli anni 2022-2024, pari a euro 822.000.000 per il 2022; euro 865.300.000 per il 2023; euro 913.600.000 per il 2024;

Visto il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 25 del 10 febbraio 2022, registrato dall'Ufficio centrale del bilancio al n. 884 del 21 febbraio 2022, che assegna le risorse finanziarie per l'anno 2022 ai dirigenti degli uffici dirigenziali di livello generale appartenenti al Ministero medesimo, attribuite ai capitoli delle missioni e programmi di spesa della citata tabella 4, di cui fa parte la Missione 3 «Diritti sociali, politiche sociali e famiglia» (24) - Programma 3.2 «Trasferimenti assistenziali a enti previdenziali, finanziamento nazionale spesa sociale, programmazione, monitoraggio e valutazione politiche sociali e di inclusione attiva» (24.12) - CDR 9 «Direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale»;

Visto il decreto del Ministro della salute, di concerto con il ministro dell'economia e delle finanze, 23 maggio 2022, n. 77, concernente il «Regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale»;

Visto il Piano per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024, approvato con modificazioni dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale nella riunione del 25 luglio 2022 e proposto per l'adozione;

Considerato che, nelle more dell'accertamento della individuazione di eventuali risorse aggiuntive, si procederà con atto distinto al relativo riparto;

Ritenuto, pertanto, di dover provvedere all'adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e alla ripartizione delle risorse gravanti sul capitolo di spesa 3538 «Fondo per le non autosufficienze», per il triennio 2022-2024;

Accertata la disponibilità finanziaria sul capitolo 3538, dello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, per l'anno finanziario 2022;

Acquisita l'intesa della Conferenza unificata di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sancita nella seduta del 3 agosto 2022;

Acquisito il parere della Commissione tecnica per i fabbisogni standard di cui all'art. 1, comma 29 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, espresso in data 7 settembre 2022, ai sensi dell'art. 1, comma 592 della legge n. 234 del 2021;

Decreta:

Art. 1.

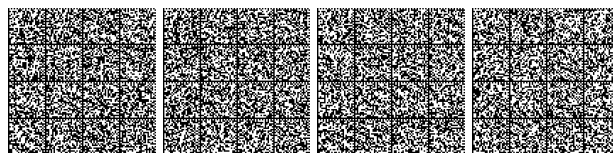
Piano nazionale per la non autosufficienza

1. Su proposta della Rete della protezione e dell'inclusione sociale, è adottato il Piano nazionale per la non autosufficienza, relativo al triennio 2022-2024, di cui all'allegato A, che costituisce parte integrante del presente decreto.

2. Il piano di cui al comma 1 costituisce l'atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti al Fondo per le non autosufficienze e individua, nel limite di tali risorse, lo sviluppo degli interventi ai fini della graduale attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire su tutto il territorio nazionale, come stabilito all'art. 1, commi da 159 a 171 della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

3. Sulla base delle indicazioni programmatiche del piano di cui al comma 1, nel rispetto e nella valorizzazione delle modalità di confronto con le autonomie locali e favorendo la consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo settore territorialmente rappresentativi in materia di non autosufficienza, e comunque prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità e delle persone anziane non autosufficienti, le regioni adottano un Piano regionale per la non autosufficienza, ovvero altro atto di programmazione regionale degli interventi e dei servizi necessari per l'attuazione del piano nazionale, a valere sulle risorse di cui al presente decreto, eventualmente integrate con risorse proprie.

4. Il piano regionale, ovvero l'atto di programmazione regionale, individua, in particolare, su base triennale gli specifici interventi e servizi sociali per la non autosufficienza finanziabili a valere sulle risorse del Fondo per le non autosufficienze, di cui all'art. 2. Il piano regionale o l'atto di programmazione sono redatti secondo le modali-

tà di cui all'allegato B, che costituisce parte integrante del presente decreto, e contiene:

a) il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione sociosanitaria;

b) le modalità di individuazione dei beneficiari;

c) la descrizione degli interventi e dei servizi programmati, e, in particolare, le caratteristiche dei servizi socioassistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane nelle aree indicate dall'art. 1, comma 162, lettere *a)*, *b)* e *c)* della legge n. 234 del 2021, nonché le altre forme di intervento di cui al comma 164 del medesimo articolo;

d) la programmazione delle risorse finanziarie;

e) le modalità di monitoraggio degli interventi;

f) le risorse e gli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle «Linee di indirizzo per Progetti di vita indipendente» di cui all'art. 4 del presente decreto.

5. Gli Ambiti territoriali sociali garantiscono anche l'offerta dei servizi e degli interventi nelle aree di attività declinate all'art. 1, comma 162, lettere *a)*, *b)* e *c)* della legge n. 234 del 2021, sulla base del Progetto di assistenza individualizzato (PAI) definito, con il concorso del destinatario, dalle équipe multidimensionali operanti presso i Punti unici di accesso (PUA), ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 163 del medesimo articolo. Tali équipe sono rafforzate mediante l'utilizzo delle risorse destinate al reclutamento del personale aggiuntivo con professionalità sociale di cui all'art. 5 del presente decreto, come indicato nella tabella n. 3 denominata «Personale PUA». L'offerta di servizi di cui all'art. 1, comma 162 della legge n. 234 del 2021 può essere integrata da contributi, diversi dalla indennità di accompagnamento, per il sostegno alle persone non autosufficienti e per il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza secondo le previsioni del Piano nazionale per la non autosufficienza e nel rispetto di quanto previsto ai commi 163 e 164 del medesimo articolo, fermo restando quanto stabilito dall'art. 1, comma 255 della legge n. 205/2017.

6. La programmazione è comunicata al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e alla Presidenza del Consiglio dei ministri - Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità entro novanta giorni dalla avvenuta pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero, della avvenuta registrazione della Corte dei conti del presente decreto. Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali procede all'erogazione delle risorse spettanti a ciascuna regione, una volta valutata, entro trenta giorni dalla ricezione dello schema di Piano regionale ovvero dell'atto di programmazione regionale, la coerenza con il Piano nazionale per la non autosufficienza.

7. Gli interventi previsti nel presente Piano, in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, sono condizionati all'ISEE secondo quanto previsto dalla programmazione regionale. Nel caso di interventi forniti a persone in condizioni di gravissima disabilità, le soglie di accesso non possono essere inferiori a 50.000,00 euro, accresciuti a 65.000,00 in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni di natura sociosanitaria.

Art. 2.

Risorse del Fondo per le non autosufficienze

1. Le risorse complessivamente afferenti al Fondo per le non autosufficienze nel triennio 2022-2024 sono pari a 822 milioni di euro nel 2022, 865,3 milioni di euro nel 2023 e 913,6 milioni di euro nel 2024.

2. Al fine dell'assegnazione della quota di riparto del FNA, per ogni regione e per ogni esercizio finanziario, dalle risorse disponibili sono state individuate quelle da dedicare alle azioni per la realizzazione dei progetti per la Vita indipendente e per le assunzioni del personale con professionalità sociale finalizzate all'implementazione dei PUA.

3. La quota di riparto è assegnata alle regioni per l'intero ammontare secondo i criteri di cui all'art. 1, comma 2, del decreto ministeriale 26 settembre 2016, e secondo le quote percentuali riportate nel Piano di cui all'art. 1 e nella colonna (A) della tabella 1 del presente decreto.

4. Le somme ripartite alle regioni nelle annualità 2022, 2023 e 2024 sono indicate rispettivamente nelle colonne (B), (C) e (D) della tabella 1, al netto delle quote di cui al comma 2 del presente articolo. Le regioni procedono al trasferimento delle risorse spettanti agli ambiti territoriali, secondo quanto previsto nella programmazione regionale, entro sessanta giorni dall'effettivo trasferimento delle stesse alle regioni da parte del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. L'erogazione agli ambiti territoriali è comunicata al Ministero del lavoro e delle politiche sociali entro trenta giorni dall'effettivo trasferimento delle risorse secondo le modalità di cui all'allegato C, che costituisce parte integrante del presente decreto.

5. Eventuali ulteriori risorse derivanti da provvedimenti di incremento dello stanziamento sul capitolo di spesa 3538 «Fondo per le non autosufficienze», saranno ripartite fra le regioni con decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, sentito l'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità, secondo le quote percentuali di cui alla colonna (A) della tabella 1.

6. Le regioni utilizzano le risorse di cui al presente decreto, secondo quanto previsto dal citato art. 1, comma 168 della legge n. 234/2021, al fine di garantire anche gli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima e comunque fino al soddisfacimento della platea individuata all'art. 3 del decreto ministeriale 26 settembre 2016, ivi inclusi gli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione.

Art. 3.

Monitoraggio ed erogazione

1. Le regioni si impegnano a monitorare e rendicontare al Ministero del lavoro e delle politiche sociali gli interventi programmati a valere sulle risorse loro destinate

secondo le indicazioni del Piano di cui all'art. 1, come declinate nel presente articolo.

2. L'erogazione delle risorse di ciascuna annualità è condizionata alla rendicontazione da parte della regione sugli utilizzi delle risorse ripartite nel secondo anno precedente secondo le modalità di cui all'allegato D, che costituisce parte integrante del presente decreto. Le regioni rilevano le informazioni di cui al primo periodo nella specifica sezione del Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali, di cui al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 22 agosto 2019, avendo come unità di rilevazione l'ambito territoriale e secondo le modalità di cui all'art. 6, comma 5 del medesimo decreto. L'erogazione è condizionata alla rendicontazione dell'effettivo utilizzo di almeno il 75%, su base regionale, delle risorse. Eventuali somme non rendicontate devono comunque essere esposte entro la successiva erogazione.

3. Le regioni si impegnano altresì a rilevare a livello di ambito territoriale, a fini del monitoraggio sull'utilizzo delle risorse, il numero e le caratteristiche delle persone assistite nel proprio territorio al 31 dicembre di ciascun anno, secondo il modello di cui all'allegato E, che costituisce parte integrante del presente decreto, rendendole disponibili, secondo le modalità di cui al citato art. 6, comma 5 del decreto ministeriale 22 agosto 2019, entro il 31 maggio dell'anno successivo.

Art. 4.

Progetti per la vita indipendente

1. Sono finanziate azioni volte alla realizzazione dei progetti previsti dalle «Linee di indirizzo per Progetti di vita indipendente», sulla base della programmazione regionale inclusive di cofinanziamento, di cui all'allegato F del Piano nazionale per la non autosufficienza 2019-2021, per n. 183 ambiti coinvolti ed un ammontare complessivo di risorse a livello nazionale pari a 14.640.000 euro per ciascun anno del triennio 2022-2024, a valere sulla quota del Fondo per le non autosufficienze trasferita a ciascuna regione, come indicato nella tabella 2 del presente decreto. Le suddette linee di indirizzo individuano le modalità attuative e, per ogni progetto di Vita indipendente, ogni ambito può accedere di un finanziamento pari a 80.000 euro, cui dovrà sommarsi un cofinanziamento di 20.000 euro garantito dalle regioni.

2. Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali vigila in ordine all'attuazione uniforme sul territorio nazionale di quanto previsto al comma 1.

Art. 5.

Personale con professionalità sociale per il rafforzamento dei PUA

1. Ai sensi dell'art. 1, comma 163 della legge n. 234 del 2021, ai fini del rafforzamento dei PUA, nell'ambito delle risorse disponibili, sono previsti 20 milioni per il 2022 e 50 milioni di euro per ciascun anno del biennio 2023-2024 da destinare alle assunzioni di personale con professionalità sociale presso gli Ambiti territoriali sociali, come indicato nella tabella 3 del presente decreto.

2. I dati relativi al personale con professionalità sociale per il rafforzamento dei PUA vanno raccolti, a cura degli Ambiti territoriali sociali, nell'allegato F, che costituisce parte integrante del presente decreto, ai fini dell'inserimento nel Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali.

Art. 6.

Disposizioni finali

1. Le disposizioni del presente decreto sono applicabili nelle Province autonome di Trento e Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. Le Province autonome di Trento e Bolzano possono provvedere all'erogazione di servizi destinati alle persone non autosufficienti perseguendo le finalità del piano di cui al comma 1 nell'ambito della propria competenza legislativa e relativa potestà amministrativa.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana, previo visto e registrazione della Corte dei conti.

Roma, 3 ottobre 2022

Il Presidente del Consiglio dei ministri
DRAGHI

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali
ORLANDO

Il Ministro per le disabilità
STEFANI

Il Ministro della salute
SPERANZA

Il Ministro dell'economia e delle finanze
FRANCO

Registrato alla Corte dei conti il 28 novembre 2022
Ufficio di controllo sugli atti della Presidenza del Consiglio, del Ministero della giustizia e del Ministero degli affari esteri, reg. n. 2965

ALLEGATO

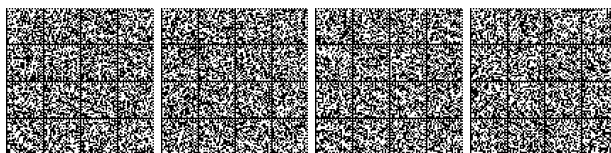



Tabella 1 - Risorse attribuite alle regioni per il triennio 2022-2024
(al netto delle quote di cui alle tabelle 2 e 3)

Regioni	**A**	**B**	**C**	**D**
	Quota %	**2022 (€)**	**2023 (€)**	**2024 (€)**
Abruzzo	2,37	18.660.000	18.976.000	20.120.000
Basilicata	1,05	8.267.000	8.407.000	8.914.000
Calabria	3,42	26.928.000	27.383.000	29.035.000
Campania	8,54	67.241.000	68.376.000	72.501.000
Emilia-Romagna	7,75	61.020.000	62.051.000	65.794.000
Friuli-Venezia Giulia	2,34	18.424.000	18.736.000	19.866.000
Lazio	9,15	72.043.000	73.260.000	77.680.000
Liguria	3,28	25.825.000	26.262.000	27.846.000
Lombardia	15,93	125.427.000	127.545.000	135.239.000
Marche	2,80	22.046.000	22.419.000	23.771.000
Molise	0,65	5.118.000	5.204.000	5.518.000
Piemonte	7,91	62.280.000	63.332.000	67.153.000
Puglia	6,68	52.596.000	53.484.000	56.711.000
Sardegna	2,92	22.991.000	23.379.000	24.790.000
Sicilia	8,19	64.485.000	65.574.000	69.530.000
Toscana	7,02	55.273.000	56.206.000	59.597.000
Umbria	1,71	13.464.000	13.691.000	14.517.000
Valle d'Aosta	0,25	1.968.000	2.002.000	2.122.000
Veneto	8,04	63.304.000	64.373.000	68.256.000
Totale	**100,00**	**787.360.000**	**800.660.000**	**848.960.000**

Tabella 2 - Vita Indipendente

Regioni	**Numero ambiti**	**Popolazione residente 18-64 al 01/01/2022**	**ambiti finanziabili**	**Importo per ciascun anno del triennio 2022-2024 (€)**
Abruzzo	24	766.815	4	320.000
Basilicata	9	330.485	2	160.000
Calabria	32	1.120.436	6	480.000
Campania	60	3.484.042	18	1.440.000
Emilia Romagna	38	2.672.671	14	1.120.000
Friuli Venezia Giulia	18	707.722	4	320.000
Lazio	37	3.511.673	18	1.440.000
Liguria	18	870.858	5	400.000
Lombardia	91	6.064.741	31	2.480.000
Marche	23	886.060	5	400.000
Molise	7	175.156	1	80.000
Piemonte	32	2.513.264	13	1.040.000
Puglia	45	2.385.771	12	960.000
Sardegna	25	962.085	5	400.000
Sicilia	55	2.916.278	15	1.200.000
Toscana	28	2.185.181	11	880.000
Umbria	12	505.390	3	240.000
Valle d'Aosta	1	74.091	1	80.000
Veneto	21	2.948.019	15	1.200.000
Totale	**576**	**35.080.738**	**183**	**14.640.000**

Tabella 3 - Personale PUA

Regioni	**Quota %**	**unità personale**			**Importo (€)**		
		2022	**2023**	**2024**	**2022**	**2023**	**2024**
Abruzzo	2,37	12	50	50	480.000	2.000.000	2.000.000
Basilicata	1,05	5	19	19	200.000	760.000	760.000
Calabria	3,42	17	67	67	680.000	2.680.000	2.680.000
Campania	8,54	43	128	128	1.720.000	5.120.000	5.120.000
Emilia-Romagna	7,75	39	84	84	1.560.000	3.360.000	3.360.000
Friuli-Venezia Giulia	2,34	12	38	38	480.000	1.520.000	1.520.000
Lazio	9,15	46	83	83	1.840.000	3.320.000	3.320.000
Liguria	3,28	16	39	39	640.000	1.560.000	1.560.000
Lombardia	15,93	80	198	198	3.200.000	7.920.000	7.920.000
Marche	2,8	14	49	49	560.000	1.960.000	1.960.000
Molise	0,65	3	15	15	120.000	600.000	600.000
Piemonte	7,91	39	72	72	1.560.000	2.880.000	2.880.000
Puglia	6,68	33	96	96	1.320.000	3.840.000	3.840.000
Sardegna	2,92	15	53	53	600.000	2.120.000	2.120.000
Sicilia	8,19	41	118	118	1.640.000	4.720.000	4.720.000
Toscana	7,02	35	63	63	1.400.000	2.520.000	2.520.000
Umbria	1,71	9	26	26	360.000	1.040.000	1.040.000
Valle d'Aosta	0,25	1	2	2	40.000	80.000	80.000
Veneto	8,04	40	50	50	1.600.000	2.000.000	2.000.000
Totale	**100**	**500**	**1250**	**1250**	**20.000.000**	**50.000.000**	**50.000.000**

ALLEGATO *A*

PIANO
per la
NON AUTOSUFFICIENZA
2022-2024

SOMMARIO

Presentazione

Il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024 si sviluppa come ulteriore evoluzione della precedente programmazione, scaturita dalla L. 33/2017 e dal D. Lgs. 147/2017, basata sull'avvio dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali in materia di non autosufficienza e disabilità. La prospettiva costituzionale della progressiva attuazione dei LEPS guida l'intera azione di pianificazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, interessando sia i tre piani principali previsti dal D.Lgs 147/2017 che la Missione 5 Componente 2 del PNRR e i contenuti del PN Inclusione 2021-2027. Nel loro complesso i cinque strumenti principali disegnano per i prossimi anni un campo di forte investimento finanziario unito a un altrettanto consistente impegno per la qualificazione dei sistemi di servizi sociali.

Naturalmente il PNNA 2022-2024 deve affrontare anche i profondi cambiamenti provocati nel tessuto sociale dagli effetti della prolungata pandemia, con tutto quello che comporta per i sistemi locali di assistenza. In questi due anni è emersa con estrema chiarezza la correlazione indissolubile tra salute e ciò che a livello sociale incide nel determinare la salute e il ben-essere delle persone, specialmente se non autosufficienti, con disabilità, sole o fragili ed esposte al rischio di grave marginalità, tanto da rendere non più eludibile l'obiettivo della costruzione di compiuti sistemi integrati di servizi, organizzati su base territoriale.

Rispetto all'integrazione tra ambito sanitario e sociale, alcuni elementi di pragmatismo e insieme di visione del futuro sono stati attivati in modo, inizialmente frammentato, nei provvedimenti legati alla prima emergenza Covid; elementi che poi hanno trovato una loro sistemazione più articolata nella pianificazione legata alle Missioni 5 e 6 del PNRR. Sia nel quadro delle azioni di investimento delle due Missioni, sia nel quadro delle azioni di riforma, parti integranti del PNRR, sono evidenti i caratteri del profondo cambiamento richiesto in termini di salute, come qualità di vita, delle nostre comunità. Nello specifico, il PNNA 2022-2024 ritrova alcuni riferimenti decisivi nelle due riforme legate alla Missione M5C2 e riferite alla disabilità e alla non autosufficienza, anticipate dai commi 159-171 della legge di bilancio 234/2021.

Proprio il quadro di intervento già aperto dai commi 159-171 della legge di bilancio 234/2021 si pone come riferimento per le azioni del PNNA 2022-2024 nella transizione che va dalla programmazione precedente, che iniziava a basarsi sull'attuazione dei LEPS, alla condizione futura che vede la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni scaturito dalla pandemia Covid.

Per il PNNA 2022-2024 i Commi 162 e 164 della L. 234/2021 sono oggetto delle azioni legate all'attuazione dei LEPS di erogazione, e in particolare sul passaggio graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti; mentre il Comma 163 è oggetto delle azioni legate all'attuazione di un **LEPS di Processo**, sostenuto da un **Accordo Interistituzionale** allegato al Piano.

> Comma **163**. Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali equipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. Sulla base

della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

Nel suo impianto, il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024 si fonda su un criterio di universalità e di prossimità alle persone ed alle comunità territoriali e si configura come un importante vettore del processo di transizione alimentato dalle spinte riformatrici in corso. Nel contempo è stato predisposto, per favorire con la necessaria progressività, il consolidamento dei LEPS su tutto il territorio nazionale e il percorso di integrazione tra i sistemi sociale e sanitario. Tutto ciò, seguendo un approccio rivolto alla prevenzione per scongiurare l'adozione di onerosi interventi emergenziali, presagibili in un contesto determinato dall'invecchiamento e dalla presenza di condizioni di fragilità complesse.

Un'intera strategia di intervento del PNNA 2022-2024 è quindi dedicata all'attuazione di un LEPS integrato di Processo i cui contenuti sono orientati dal Comma 163 della L. 234/2021 e tesi a garantire la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni espressi dagli individui e dalle comunità e per sviluppare e consolidare il necessario Percorso assistenziale integrato.

Sulla dimensione territoriale, il processo è stato avviato a partire dalla fase di elaborazione stessa del Piano, che si è avvalsa dei tanti contributi sviluppati nell'ambito di gruppi di lavoro interistituzionali, costituiti nell'ambito della Rete della protezione e dell'inclusione sociale allo scopo di formulare analisi e proposte e che sono intervenuti nell'arco dei lavori preparatori del presente documento.

La peculiarità di un Piano dinamico e di transizione richiede che questo sia sostenuto dall'adozione di strumenti di accompagnamento e monitoraggio nel corso della sua attuazione per il triennio di competenza. A tal fine, saranno predisposti tavoli tecnici periodici, che vedano anche la partecipazione di rappresentanti di Regioni, ANCI, ministero della salute e ministero della disabilità, anche nella prospettiva di un monitoraggio della qualità dei servizi, con l'orientamento a costruire nel triennio un set di indicatori quali/quantitativi che ponga al centro l'individuo e i suoi bisogni.

SEZIONE PRIMA – IL PNNA 2022-2024

Capitolo 1
Il quadro di contesto del Piano 2022-2024

1.1 Il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2019-2021

Il Piano Nazionale per la non autosufficienza 2019-2021 ha fornito indirizzi utili alla definizione della programmazione regionale per lo sviluppo degli interventi e dei servizi necessari alla progressiva costruzione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire su tutto il territorio nazionale. Esso si colloca in un contesto socio economico delicato che, oltre alle conseguenze della crisi economica, è stato caratterizzato anche dalla improvvisa crisi pandemica. Il Fondo per le non autosufficienze (FNA) - di cui il Piano costituisce lo strumento programmatico per l'utilizzo delle relative risorse, ai sensi dell'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 - fino a quel momento aveva riprodotto le caratteristiche del sistema nazionale di welfare locale, ancora lontano dal garantire "omogeneità e organicità delle prestazioni"[1], a causa di risorse economiche e temporali limitate, pur orientato a «garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti».

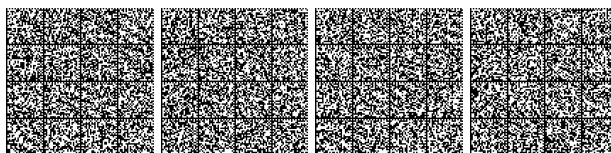
Tale Piano, dunque, partiva da un utilizzo del Fondo che, nel tempo, si era orientato a rafforzare interventi già esistenti a livello locale, o a finanziare iniziative meritevoli, ma non continuative, in contesti molto difformi sul territorio nazionale. Solo nel 2016, infatti, con il Decreto interministeriale del 26 settembre 2016 volto a destinare le risorse del FNA alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, si interviene con una visione più ampia che fa propria la necessità di organizzare il FNA in modo strutturale, garantendo stabilità dal punto di vista finanziario e continuità da quello temporale, e si avvia un percorso sperimentale di definizione dei beneficiari degli interventi in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale.

Princìpi base e obiettivi del Piano 2019-2021

Nel 2019, il Piano è partito dall'evidente esigenza di garantire un livello uniforme di servizi sul territorio. Il FNA, così come era stato utilizzato in precedenza - rispecchiando da un lato la necessità di colmare evidenti divari a livello territoriale e dall'altro le limitazioni e la discontinuità del Fondo - interveniva in aggiunta e in integrazione rispetto alle risorse finanziarie regionali. Importanti segnali di cambiamento avvengono a partire dal 2016, quando la dotazione del FNA assume un carattere strutturale e crescente, passando dai 400 milioni del 2016 ai 450 del biennio 2017-18 fino ai 550 milioni del triennio 2019-2021. In particolare, nel 2019 il Fondo dispone di 573,2 milioni di euro, il massimo storico nella sua dotazione fino a quel momento, ed assumendo una dimensione finanziaria importante per il sistema territoriale dei servizi.

Alla base, dunque, del Piano 2019-21, vi è il definitivo ribaltamento di prospettiva e si assume che gli interventi finanziati con le risorse del FNA non siano da intendersi come addizionali rispetto a quelli a valere su fonti di finanziamento regionale e locale, bensì debbano "*costituire il nucleo delle prestazioni rivolte a beneficiari nelle medesime condizioni in tutto il territorio nazionale*"[2].

---

[1] *Piano per la Non Autosufficienza 2019-21*. Il Fondo per le non autosufficienze: una partenza lenta, pag.3. DPCM 21 novembre 2019.
[2] Si veda nota precedente.

Gli obiettivi che definiscono il Piano triennale oggetto di analisi, a partire dall'orientamento appena illustrato, fanno capo a due elementi principali.

Innanzitutto, in linea con il d. lgs. 147/2017, art.21, co.7, il Piano identifica «*lo sviluppo degli interventi…nell'ottica di una progressione graduale, nei limiti delle risorse disponibili, nel raggiungimento di livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale*» alle persone non autosufficienti. Ciò implica, pertanto, l'individuazione di prestazioni che costituiscano elementi di riferimento a livello nazionale, per il raggiungimento graduale di un'uniformità delle prestazioni, indipendentemente dal territorio di residenza.

Propedeutico a questo obiettivo, vi è inoltre quello dettato dalla necessità di identificare la condizione di non autosufficienza, per la quale ad oggi non è presente nell'ordinamento una definizione unica e condivisa. A tale proposito, sempre il DM del 2016, introducendo elementi di continuità e strutturalità del Fondo, anticipa la ragion d'essere del Piano – la definizione dei livelli essenziali - considerando a tal fine prioritaria «*l'individuazione dei beneficiari, a partire dalla definizione di disabilità gravissima di cui all'articolo 3, nelle more della revisione delle procedure di accertamento della disabilità e con l'obiettivo di adottare una nozione di persone con necessità di sostegno intensivo, differenziato sulla base dell'intensità del sostegno necessario*».

Per i soggetti gravissimi, dunque, il percorso inizia nel 2016 e si avvale di un approccio che ha introdotto una definizione condivisa a livello nazionale, senza tuttavia fornire una descrizione della non autosufficienza in virtù della quale differenziare le situazioni sulla base del bisogno assistenziale e della necessità di sostegno intensivo.

Il Piano 2019-21 parte dunque dalle disabilità gravissime, di cui un elenco completo era riportato nell'allegato 1, pur nella consapevolezza che "*resta da definire nel corso del medesimo periodo uno strumento di valutazione nazionale che prescinda dalla patologia o dalla menomazione che potrà integrarsi a tale elenco in via complementare o sostitutiva a seconda delle evidenze che emergeranno.*" Ulteriore e necessaria priorità del Piano, pertanto, è quella di avviare un percorso che definisca le persone non autosufficienti gravi che accedono agli interventi del FNA, insieme alla generale necessità di consolidare gli strumenti per l'identificazione dei beneficiari.

Azioni del PNNA 2019-2021

Tra le prime certezze del Piano, vi era l'esigenza di favorire la domiciliarità, lasciando il ricovero solo come ultima possibilità - coerentemente con gli indirizzi del FNA sin dalla sua istituzione – e rafforzando il sistema di welfare locale volto a fornire assistenza «a casa», in un contesto generale di promozione dell'integrazione sociosanitaria. Ciò ha comportato la declinazione di interventi che si sviluppano lungo 3 direzioni: *"assistenza diretta; assistenza indiretta, mediante trasferimenti monetari sostitutivi di servizio per il caregiver; interventi complementari ai precedenti anche nella forma di ricoveri di sollievo*".

Il canale dell'assistenza indiretta è quello che riceve maggior favore nella programmazione regionale: l'esigenza manifestata da tutti i territori, allora come ora, rimanda alla necessità di istituire un assegno di cura e individuare interventi volti a favorire l'autonomia, con caratteristiche uniformi definite a livello nazionale. Questo, dunque, sembra essere il primo passo verso una prestazione che costituisca un livello essenziale e, come tale, il Piano lo recepisce.

L'assistenza indiretta, nella definizione adottata dal DM 26 settembre 2016, si sostanzia nel *«supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano*

personalizzato». Si tratta di un sostegno che presenta un carattere sostitutivo dei servizi e che, nel quadro generale della valutazione multidimensionale del bisogno e della progettazione personalizzata, fornisce una riposta univoca anche in termini di assistenza personale, ferma restando la possibilità per le Regioni di erogare direttamente i servizi, eventualmente lasciando facoltà al beneficiario di scegliere tra assistenza diretta e indiretta. Il Piano rimanda alla Regione la decisione di rendicontare o meno tali erogazioni, aggiungendo però che nel caso si scelga una via non soggetta a rendicontazione, è necessario un monitoraggio del sostegno prestato secondo gli impegni assunti nel progetto personalizzato.

Nel Piano 2019-21, l'integrazione viene promossa sin dall'accesso ai servizi sociosanitari potenziando i PUA, il primo luogo di informazione e accesso ai servizi. Nell'ambito del percorso di presa in carico che investe la persona non autosufficiente e con disabilità al fine del raggiungimento di autonomia e indipendenza, le ulteriori fasi che il Piano riporta sono la valutazione multidimensionale – che richiama a sua volta l'equipe multi professionale, coerentemente con i princìpi della valutazione bio-psico-sociale e con il sistema di classificazione ICF - e il progetto personalizzato, nonché il budget di progetto. Al termine di tale percorso, vengono individuate e definite le prestazioni e i servizi a valere sul FNA per la realizzazione del progetto personalizzato.

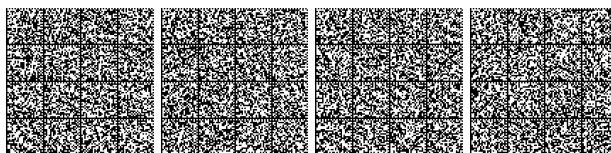
Ulteriore elemento affrontato dal Piano precedente è quello dei criteri di riparto[3] per l'assegnazione delle risorse. Vengono confermati quelli già in essere, basati su indicatori demografici e indicatori già in uso dalla fine degli anni '90 per il Fondo nazionale per le politiche sociali; la scelta di adottarli è dovuta alla carenza di dati sulla distribuzione regionale delle persone non autosufficienti. L'utilizzo di tali criteri viene ritenuto affidabile poiché "*la quota di popolazione residente in una data regione sul totale nazionale è una buona approssimazione della quota relativa di persone non autosufficienti residenti in quella regione. E poiché tra le persone non autosufficienti, gli anziani sono più rappresentati che nella popolazione complessiva, la scelta di un indicatore demografico riferito alla distribuzione territoriale degli anziani appare preferibile*".

Progetti per la vita indipendente

In linea con l'art. 19 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, il Piano, considerata la quota di risorse del FNA riservate ai progetti di vita indipendente, mette in evidenza che le relative progettazioni entrino a regime nella programmazione ordinaria dei servizi, ponendo fine alla fase di sperimentazione avviata diversi anni prima. A tal fine, vengono fornite indicazioni di livello nazionale come le Liee guida per la vita indipendente, adottate con il decreto di riparto del Fondo, nonché il permanere delle risorse per l'attuazione dei progetti nell'ambito della quota regionale, garantendo tuttavia una diffusione dei progetti in termini di risorse e di numero di Ambiti territoriali coinvolti pari almeno a quanto indicato nel D.D. n. 669 del 28 dicembre 2018.

1.2 La Pandemia ed il riscontro sulle fragilità del sistema

Il periodo emergenziale da COVID-19 ha evidenziato le criticità legate alla gestione dei servizi a supporto delle persone anziane e non autosufficienti e posto una rinnovata attenzione sul welfare territoriale, del quale i servizi domiciliari rappresentano una parte fondamentale. A partire dalla considerazione diffusamente sostenuta che una maggior presenza del welfare pubblico in molte aree d'Italia avrebbe consentito di affrontare più efficacemente il COVID-19, si è sviluppato un interesse più ampio nei riguardi del ruolo che i

[3] I criteri indicati per il riparto dei fondi sono: a) popolazione residente, per regione, d'età pari o superiore a 75 anni, nella misura del 60%; b) criteri utilizzati per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 20, comma 8, della legge 8 novembre 2000, n. 328, nella misura del 40%» (art. 1, co. 2 del DM 26 settembre 2016).

servizi territoriali dovrebbero ricoprire nell'ambito di un sistema di protezione sociale moderno e, conseguentemente, rispetto alla necessità di un loro deciso rafforzamento.

Sin dalle prime fasi della pandemia, è emerso che un paese demograficamente vecchio come l'Italia era entrato in sofferenza proprio nel sostegno alle fasce di età più elevate, per le quali l'impianto dei servizi di welfare ha un approccio tipicamente sanitario e di protezione che pone in secondo piano la copertura della dimensione di prevenzione e di supporto all'autonomia personale, per la quale è necessaria una rete di assistenza di prossimità sul territorio più capillare e ampia.

Gli interventi che sono stati intrapresi per contrastare queste criticità si sono indirizzati principalmente verso un maggiore e più integrato investimento sui progetti rivolti alle persone anziane e in condizioni di non autosufficienza, rafforzando e dando seguito alle strategie già poste in essere nel nostro Paese da oltre un decennio.

Già nell'ultimo Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, accanto all'investimento sui punti di forza del nostro sistema, consolidato rafforzato con strumenti di integrazione del reddito per le persone o le famiglie più povere, è stata sottolineata la necessità di "*superare la situazione che vede, nel nostro Paese, ancora molti territori con un'organizzazione del servizio sociale aleatoria, accessoria, discontinua e non integrata con le altre politiche pubbliche*"[4]. È stata pertanto richiamata l'esigenza di compiere un passo avanti significativo in direzione di un sistema di politiche e di interventi sociali che sia solido ed integrato ovunque e che affronti, per colmarle, le lacune strutturali più gravi.

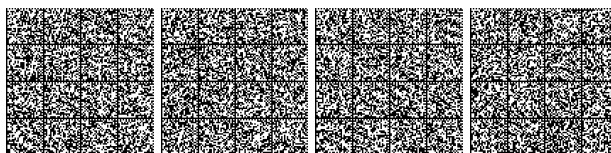
Soprattutto nelle prime fasi dell'emergenza collegata alla pandemia da COVID-19 sono inoltre emerse le criticità nel rapporto diretto fra famiglie e supporto privato, nell'ambito dell'assistenza in situazioni di non autosufficienza. Frequentemente, infatti, le risposte ai bisogni assistenziali di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti passano per le prestazioni offerte da assistenti familiari, anche in maniera sommersa e non intermediata. Nei casi in cui si faceva affidamento su supporti irregolari, l'impossibilità di giustificare uno spostamento per motivi lavorativi, ha portato ad una sospensione delle attività di assistenza precedentemente fornite oppure ad una spinta alla regolarizzazione.

Pandemia e incremento del Fondo per la non autosufficienza

Nel periodo emergenziale da COVID-19, sono stati presi una serie di provvedimenti finalizzati ad accompagnare, sostenere e rilanciare il Paese nel fronteggiamento della pandemia e contrastare le principali criticità ad essa collegate. Nell'ambito di tali provvedimenti, vale la pena riportare quelli che sono intervenuti sullo stanziamento delle risorse dedicate alla non autosufficienza.

Il 19 maggio 2020 è stato infatti emanato il D.L. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" (cosiddetto Decreto Rilancio) il quale, all'art 104 - Assistenza e servizi per la disabilità, ha disposto un incremento del Fondo per le non autosufficienze pari a 90 milioni di euro, finalizzandone 20 alla realizzazione di progetti per la vita indipendente. Ciò, al fine di rafforzare i servizi e i progetti di supporto alla domiciliarità per le persone con disabilità e non autosufficienti e per il sostegno di coloro che se ne prendono cura, in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Inoltre, le risorse del Fondo per il 2022 sono state incrementate di 40 milioni di euro dall'art. 37-bis del decreto-legge n. 73 del 2021 "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali" (c.d. Decreto Sostegni bis). Tali risorse sono destinate al

[4] Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, par. 1.1.4 La strutturalizzazione dei servizi. Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali

finanziamento di programmi di assistenza domiciliare ed assistenza domiciliare integrata ed ai servizi relativi ai progetti di vita indipendente per le persone con disabilità e non autosufficienti.

Pandemia e Terzo Settore

L'impossibilità di corrispondere in toto ai bisogni espressi dai soggetti più fragili come quelli della platea di anziani soli, magari solo parzialmente autosufficienti, attraverso l'offerta di servizi pubblici o il ricorso a strutturate reti di prossimità in grado di supportarli nel mutato contesto pandemico e nei momenti più critici come quelli del lockdown, ha messo in evidenza il ruolo del Terzo settore nell'erogazione di servizi a sostegno delle comunità e sottolineato come esso, considerato già una infrastruttura sociale essenziale, debba acquisire maggiore centralità negli interventi dedicati anche alle persone non autosufficienti e alle persone con disabilità.

Il ruolo attuale del Terzo settore oltre ad essere prezioso per l'attuazione degli interventi è anche quello di attore essenziale nella co-programmazione e coprogettazione, così come richiamato anche nella sentenza della Corte costituzionale n. 131 del 2020 che vede gli artt. 55-57 del Codice del Terzo settore, coerenti con i principi costituzionali, indicando in essi una delle più significative attuazioni del principio di sussidiarietà orizzontale.

L'adozione del PNRR ha messo in evidenza come "L'azione pubblica potrà avvalersi del contributo del Terzo settore. La pianificazione in coprogettazione di servizi sfruttando sinergie tra impresa sociale, volontariato e amministrazione, consente di operare una lettura più penetrante dei disagi e dei bisogni al fine di venire incontro alle nuove marginalità e fornire servizi più innovativi, in un reciproco scambio di competenze ed esperienze che arricchiranno sia la PA sia il Terzo settore."[5]

1.3 Il rinnovato quadro di contesto normativo e programmatorio

Il contesto nel quale si inserisce il nuovo Piano Nazionale per la Non Autosufficienza è caratterizzato da importanti interventi normativi e programmatori volti a rinnovare e riformare le politiche in favore delle persone con disabilità e di quelle non autosufficienti, in special modo quelle appartenenti alla classe d'età superiore ai 65 anni, ossia alla popolazione anziana.

Il 28 luglio 2021 la Rete della Protezione e dell'Inclusione sociale ha approvato il Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023[6] che ha fornito un nuovo slancio alla strutturazione delle funzioni e degli interventi in materia di politiche dei servizi sociali, proseguendo il lavoro di definizione dei LEPS già avviato nell'ambito delle iniziative di contrasto alla povertà e individuando quali LEPS aspetti specifici della organizzazione del servizio e delle professionalità operanti in ambito sociale, nonché iniziando a definire l'offerta di servizi e interventi in ambiti specifici quali la tutela delle persone di minore età e delle famiglie, l'integrazione sociosanitaria nella presa in carico delle fragilità e nella articolazione del passaggio dalla assistenza ospedaliera ed il territorio.

Un segno dell'attenzione sempre crescente sul tema della non autosufficienza e dell'assistenza alle persone anziane si evince dall'istituzione di diverse commissioni ministeriali e interministeriali e gruppi di lavoro che

[5] Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. #NextgenerationItalia. Missione 5: Inclusione e coesione pag. 199.

[6] Adottato dal Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali con Decreto 30 dicembre 2021 Approvazione del Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, e di riparto del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale relativo al triennio 2021-2023. (22A01214) (GU Serie Generale n.44 del 22-02-2022).

si sono interessati recentemente all'approfondimento del tema e allo sviluppo di proposte di intervento/riforma.

Nel settembre 2020 è stata istituita dal Ministero della Salute tramite decreto la "Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana", presieduta dal Monsignor Vincenzo Paglia.

Nel marzo 2021, è stato poi istituito presso il Ministero del Lavoro e Politiche sociali il gruppo di lavoro "Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza", presieduto dall'ex ministro della Salute Livia Turco i cui lavori si sono conclusi il 31/12/2021.

Nel gennaio 2022, infine, è stata istituita una specifica Commissione per le politiche in favore della popolazione anziana quale organo tecnico scientifico a supporto della funzione di coordinamento istituzionale del Presidente del Consiglio.

Il quadro programmatico delineato nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per il quale sono stati previsti ingenti finanziamenti destinati all'Italia [7], si compone di molteplici missioni che contemplano investimenti e che sono accompagnate dalla previsione di riforme specifiche. Per quanto di rilevanza in questo ambito, occorre richiamare in particolare quanto declinato nella Missione 5, *Inclusione e Coesione sociale* nella quale specifiche linee di intervento sono rivolte alle persone con disabilità e agli anziani non autosufficienti[8].

Indicando preliminarmente le principali direttrici del piano di investimento e riforma che si ravvisano nel PNRR, si rileva la volontà del legislatore di accompagnare una proficua integrazione tra sistema sanitario e sistema sociale. Inoltre, tale sistema integrato, così "progettato", mira ad una valorizzazione marcata dell'autonomia dei beneficiari. Queste misure sono accompagnate da un rilevante investimento infrastrutturale, finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative, all'interno, appunto, di una politica rivolta alla domiciliarità. La prevenzione della istituzionalizzazione è, infatti, una misura faro delle politiche di Governo e si rivolge ai soggetti fragili, tra cui persone con disabilità e anziani.

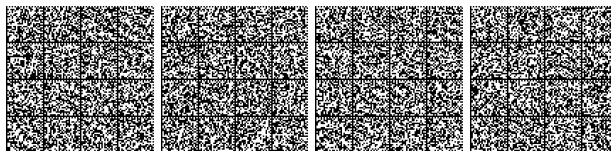
Le principali riforme che influenzeranno l'attuazione operativa del presente Piano Nazionale per la Non Autosufficienza, e che ne accentuano la necessaria ottica di transizione, sono quelle relative alla legge quadro sulla disabilità che si è sostanziata nella Legge 227 del 22 dicembre 2021 con la quale il Governo è stato delegato ad adottare, entro 20 mesi, uno o più decreti legislativi per la revisione e il riordino delle disposizioni vigenti in materia di disabilità, e quella sul Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti, prevista entro giugno 2023.

I decreti attuativi che saranno emanati nell'ambito della legge delega sulla disabilità dovranno intervenire, progressivamente e nei limiti delle risorse disponibili, nei seguenti ambiti: a) definizione della condizione di disabilità nonché revisione, riordino e semplificazione della normativa di settore; b) accertamento della condizione di disabilità e revisione dei suoi processi valutativi di base; c) valutazione multidimensionale della disabilità, realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato; d) informatizzazione dei processi valutativi e di archiviazione; e) riqualificazione dei servizi pubblici in materia di inclusione e accessibilità; f) istituzione di un Garante nazionale delle disabilità[9] .

---

[7] Complessivamente gli investimenti previsti dal PNRR e dal Fondo complementare sono pari a 222,1 miliardi di euro.

[8] Si riporta l'articolazione degli investimenti e delle riforme previsti dalla Missione 5, Componente 2, relativamente alla sotto-componente C2.1 *Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale. Investimenti:* Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti; Percorsi di autonomia per persone con disabilità; Housing temporaneo e stazioni di posta. *Riforme:* Legge quadro per le disabilità; Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti.

[9] La lettera g) potenziamento dell'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, previsto inizialmente, risulta abrogata dal D.L. 30 aprile 22 n.36.

Per quanto riguarda la Riforma della Non Autosufficienza, questa *"…verrà attuata a livello nazionale ai fini della formale individuazione di livelli essenziali di assistenza nell'ottica della deistituzionalizzazione, della domiciliarità, della definizione di un progetto individualizzato che determini e finanzi i sostegni necessari. Agli stessi fini, saranno potenziate le infrastrutture tecnologiche del sistema informativo della non autosufficienza, razionalizzati i meccanismi di accertamento e semplificati i meccanismi di accesso, nell'ottica del punto unico di accesso sociosanitario*"[10].

La riforma svilupperà i progetti inseriti nel PNRR, tenendo conto delle linee di intervento in esso citate, quali la semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni, la presa in carico multidimensionale ed integrata, il progressivo rafforzamento dei servizi territoriali di domiciliarità – per evitare processi di istituzionalizzazione non appropriata – prevedendo al contempo, nei casi in cui la permanenza in un contesto familiare non sia più possibile o appropriata, la progressiva riqualificazione delle strutture residenziali, garantendo anche in tali contesti una vita dignitosa.

Nel PNRR si introducono, a tale proposito, diverse misure per le persone anziane non autosufficienti, mirate sia al rafforzamento dei servizi sociali territoriali finalizzati alla prevenzione dell'istituzionalizzazione e al mantenimento, per quanto possibile, di una dimensione autonoma (Missione 5), sia al potenziamento dell'assistenza sanitaria, in particolare di quella territoriale (Missione 6). Occorre quindi specificare che tali missioni siano da leggere come complementari tanto per quanto riguarda la materia della disabilità, che per quanto riguarda la tutela della non autosufficienza.

La Legge n. 234 del 30 dicembre 2021, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024", introduce innovazioni importanti, elaborate anche in seguito al lavoro svolto dalla Commissione Turco "Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza", soprattutto con riferimento alle disposizioni di cui all'art.1, commi 159-171, che focalizzano l'attenzione sulla reale integrazione socio sanitaria al fine di garantire una effettiva inclusione sociale delle persone con disabilità e delle persone non autosufficienti.

Nel comma 159 il legislatore indica che "i LEPS sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, sulla base di quanto previsto dall'articolo 117, secondo comma, lettera M), della Costituzione e in coerenza con i principi e i criteri indicati agli articoli 1 e 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità" (art. 1, comma **159** L.234/21).

Al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio, nonché di concorrere alla piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale, i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 (art. 1, comma **160** L.234/21).

Per l'attuazione degli interventi di cui dal comma 159 a 171 e per l'adozione di atti di programmazione integrata si addiviene alla predisposizione di Linee Guida da adottarsi mediante apposita intesa in sede di Conferenza unificata, su iniziativa del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze (art. 1, comma **161**, legge n. 234/2021).

Il comma **162** elenca le aree in cui sono erogati i servizi socioassistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti (fermo restando quanto già previsto nell'ambito della definizione e dell'aggiornamento dei Livelli essenziali

[10] Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, *M5C2.1 Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale, Investimento 1.1. Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti*, pag. 211

di Assistenza) da parte degli ATS. Tali aree, enunciate nelle lettere a, b, c, saranno richiamate all'interno dei paragrafi successivi e vengono pertanto qui riportate nella loro interezza:

a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria; soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;

b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali;

c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti. (art. 1, comma **162**, legge n. 234/2021).

L'art. 1, comma **163** prevede inoltre, che il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscano alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA) la cui sede operativa è situata presso le articolazioni del servizio sanitario denominate Case della comunità. Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario e agli Ambiti territoriali sociali (ATS).

Tali équipe integrate assicurano la funzionalità delle unità di valutazione (UVM/UVMD). Sulla base della valutazione dell'UVM/UVMD, con il coinvolgimento della persona non autosufficiente e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. (art. 1, comma **163**, legge n. 234/2021).

Il comma **164** indica che gli ATS debbano garantire l'offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162, l'offerta può esser integrata da contributi – diversi dall'indennità di accompagnamento – utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura ovvero per l'acquisto di servizi di cura. (art. 1, comma **164**, legge n. 234/2021).

Al fine di qualificare il lavoro di cura degli operatori, il comma **165** prevede la possibilità di attivare, previa intesa con associazioni sottoscrittrici di contratti collettivi nazionali, percorsi di formazione anche al fine di favorire la regolazione del mercato del lavoro. (art. 1, comma **165,** legge n. 234/2021)

Il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali in collaborazione con ANPAL e previa intesa in sede di Conferenza Unificata, definisce strumenti e modelli, utilizzabili su tutto il territorio nazionale, da impiegare nell'area dei servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, nell'area

delle attività e dei programmi di formazione professionale e nei progetti formativi a favore dei familiari delle persone anziane non autosufficienti (caregiver convivente) (art. 1, comma **166**, legge n. 234/2021).

Ai fini della graduale introduzione dei LEPS, nel comma **167** vengono stabiliti i dispositivi con cui saranno determinate le modalità attuative, le azioni di monitoraggio e le modalità di verifica del raggiungimento dei LEPS medesimi per le persone anziane non autosufficienti nell'ambito degli stanziamenti vigenti (inclusi quelli indicati nel c-168) (art. 1, comma **167**, legge n. 234/2021)

Il comma **168** determina l'incremento del Fondo per le non autosufficienze in maniera progressiva per le varie annualità 2022-2025 per le finalità indicate al comma 162, lettere a,b,c e al comma 163 (fermi restando gli interventi a valere sullo stesso Fondo già destinati al sostegno delle persone in condizioni di disabilità gravissima). (art. 1, comma **168**, legge n. 234/2021)

Il comma **169** indica le modalità attraverso le quali saranno definiti i LEPS negli ambiti del sociale diversi da quelli della non autosufficienza. (art. 1, comma **169**, legge n. 234/2021)

Nel comma **170** vengono definiti i LEPS individuati come prioritari nel Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 ossia: pronto intervento sociale; supervisione del personale dei servizi sociali; servizi sociali per le dimissioni protette; prevenzione dell'allontanamento familiare; servizi per la residenza fittizia; progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente. (art. 1, comma **170**, legge n. 234/2021)

Infine, il comma 171 riguarda il finanziamento dei LEPS diversi da quelli per la non autosufficienza e dei LEPS prioritari (art. 1, comma **171**, legge n. 234/2021).

A corredo delle disposizioni normative sopra elencate, sono stati previsti atti programmatori volti a dare esecuzione alle previsioni in esse contenute. Il tema della non autosufficienza trova la declinazione attuativa nella emanazione del Decreto n. 450 del 9 dicembre 2021 con cui è stato adottato il **Piano operativo** per la presentazione da parte degli ambiti sociali territoriali di proposte di adesione alle progettualità nell'ambito della Missione 5 del PNRR[11] e nel relativo "**Avviso pubblico 1/2022**[12] per la presentazione di Proposte di intervento da parte degli Ambiti Sociali Territoriali.

Gli interventi finanziati dall'Avviso 1 del 2022 sono volti a favorire le attività di inclusione sociale di determinate categorie di soggetti fragili e vulnerabili come anziani non autosufficienti e persone con disabilità; tra questi, la misura prevede soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative per le persone anziane al fine di garantire loro una vita autonoma e indipendente, servizi socioassistenziali domiciliari per favorire la deistituzionalizzazione, nonché per le persone con disabilità l'opportunità dell'inserimento lavorativo.

Accanto agli stanziamenti relativi al FNA e a quanto collegato al PNRR, occorre ricordare il contributo che potrà essere offerto anche dal prossimo Programma Nazionale Inclusione (PN) e lotta alla povertà 2021-2027, formalmente trasmesso alla Commissione europea. Il Piano 2021-2027 amplia il campo di azione intervenendo anche sulle nuove fragilità, nell'ottica della prevenzione del rischio, e implementando servizi o attività innovative che gradualmente andranno a costituire la base anche per la definizione di nuovi livelli essenziali in ambito sociale.

Gli orientamenti espressi in sede di attuazione delle principali riforme introdotte nel Paese sottolineano la centralità del potenziamento della capacità funzionale della pubblica amministrazione, come già chiaramente

[11] Piano Operativo per la presentazione da parte degli Ambiti Sociali Territoriali di proposte di adesione alle progettualità adottato con Decreto 450 del 9-12-2021.

[12]Adottato con Decreto della Direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, n. 5 del 15 -02-2022.

enunciato del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", e ulteriormente considerato nella citata Legge 30 dicembre 2021 n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024".

A tal proposito, uno dei temi che saranno oggetto di intervento e finalizzati al rafforzamento della proposta di un nuovo modello di welfare integrato è quello del superamento delle differenze territoriali e del rafforzamento dei servizi sociali.

I principi che si rinvengono attraverso l'insieme delle politiche e degli interventi possono essere ricondotti ad alcune parole chiave quali: *prossimità, complementarità e non sovrapposizione degli investimenti, prevenzione.*

Con riferimento all'aspetto della prevenzione giova richiamare l'attenzione al Piano Nazionale della Prevenzione 2020/2025 del Ministero della Salute finalizzato a implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità. Nel medio termine tanto più saranno sviluppati gli interventi di prevenzione e verrà costruito un sistema efficace volto al raggiungimento di tale obiettivo, tanto più si ridurranno le situazioni di maggiore gravità a favore di una migliore qualità della vita.

1.4 Il Piano di transizione e i livelli essenziali per la non autosufficienza: LEPS e LEA un'integrazione funzionale e strategica

La legge 234/2021 *"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024"* definisce all'art. 1 comma 159 ciò che caratterizza i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), ovvero interventi, servizi, attività e prestazioni integrate, che hanno un carattere di universalità su tutto il territorio nazionale, al fine di garantire ai cittadini qualità di vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.

Per quanto concerne il sistema degli interventi e servizi sociali, la costruzione dei LEPS è avvenuta attraverso diverse normative che hanno, progressivamente, definito alcuni livelli essenziali importanti sia per il riconoscimento di diritti delle persone sia per la strutturazione di un sistema di servizi che sia in grado di garantirli.

Più recentemente, con la legislazione che ha introdotto la misura nazionale di lotta alla povertà (L. 33/2017 sul Sostegno all'inclusione attiva, D.Lgs. 147/2017 sul Reddito di inclusione-Rei, DL 4/2019 sul Reddito di cittadinanza-Rdc) sono stati definiti formalmente alcuni livelli essenziali delle prestazioni non solo nella componente di trasferimento monetario, ma anche nella definizione di un vero e proprio **diritto individuale alla presa in carico da parte dei servizi sociali** o del lavoro. In particolare, viene definito che **i servizi per l'informazione** e l'accesso al Rei, **la valutazione multidimensionale, il progetto personalizzato e i sostegni in esso previsti costituiscono livelli essenziali delle prestazioni** nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente.

La Legge di bilancio 2021 (L. 178/2020), all'art. 1, co. 797, individua **come LEPS un rapporto tra assistenti sociali e popolazione residente pari a 1 a 5.000,** cui si aggiunge un ulteriore obiettivo di servizio "sfidante" definito da un operatore ogni 4.000 abitanti. Tale misura può, a buon diritto, qualificarsi come una precondizione necessaria di natura infrastrutturale dell'intero edificio del sistema dei servizi sociali.

Nel Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2021- 2023 vengono individuate alcune attività prioritarie nella programmazione triennale e dei nuovi LEPS. Nello specifico, gli interventi considerati come prioritari vengono individuati come segue:

- Area delle azioni di sistema
- Punti unici di accesso
- **LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali**
- **LEPS Dimissioni protette**
- Potenziamento professioni sociali
- Interventi rivolti alle persone di minore età
- **LEPS Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I.**
- Intervento Promozione rapporti scuola territorio - Get Up
- Sostegno ai care leavers
- Garanzia infanzia

Questi nuovi LEPS hanno trovato una concreta possibilità di realizzazione nel PNRR – Missione 5, azioni,1.1.2, 1.1.3, 1.1.4, 1.2, 1.3 con fondi ad essi specificatamente dedicati.

Il Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021 - 2023, infine, oltre a ribadire come **LEPS il rafforzamento del servizio sociale professionale**, mediante assunzione a tempo indeterminato di assistenti sociali, rafforza come **LEPS** il **pronto intervento sociale**, già previsto fra i servizi attivabili ai sensi dell'art. 7, co. 1, del D.Lgs. 147/2017 e già ricompreso ai sensi dell'art. 22, co. 4, della L. 328/2000, con la definizione di criteri e modalità di servizio che devono essere assicurati in ogni ATS e introduce un nuovo LEPS per le persone senza dimora, ossia **l'accessibilità alla residenza** come diritto esigibile garantendo in ogni Comune servizi che permettano di rendere effettivo il diritto all'iscrizione anagrafica, compreso il servizio di fermo posta necessario a ricevere comunicazioni di tipo istituzionale.

La tabella che segue riassume il quadro dei LEPS e degli obiettivi stabiliti, con le relative fonti di finanziamento.

Normativa di riferimento	Livelli essenziali
L. 328/2000	- **servizio sociale professionale e segretariato sociale;** - **pronto intervento sociale;** - **assistenza domiciliare;** - **strutture residenziali e semiresidenziali;** - **centri di accoglienza, residenziali o diurni, a carattere comunitario**
L. 33/2017 Sostegno all'inclusione attiva, D.Lgs. 147/2017 Reddito di inclusione, DL 4/2019 Reddito di cittadinanza	- **valutazione multidimensionale;** - **presa in carico;** - **progetto personalizzato;** - **trasferimento monetario** - **altri sostegni previsti**
Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2021- 2023 **Fondo Politiche Sociali**	**LEPS:** **- supervisione del personale dei servizi sociali;** **- dimissioni protette anche per persone "senza dimora";** **- prevenzione allontanamento familiare (P.I.P.P.I.)** Obiettivi di rafforzamento: - area delle azioni di sistema; - potenziamento professioni sociali - punti unici di accesso; - interventi rivolti alle persone di minore età; - promozione rapporti scuola territorio (Get Up); - sostegno ai care leavers; - garanzia infanzia.

Il Piano Nazionale di contrasto alla povertà 2021- 2023 **Fondo lotta alla Povertà**	**LEPS**: - **rafforzamento del servizio sociale professionale** (mediante assunzione a tempo indeterminato assistenti sociali); - **pronto intervento sociale**; **<u>nuovo LEPS per le persone senza dimora:</u>** - **diritto all'iscrizione anagrafica e servizio di fermo posta**
PNNR M5c2 **Fondi PNRR Sociale**	<u>Obiettivi:</u> - sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione vulnerabilità famiglie e bambini; - autonomia anziani non autosufficienti; - rafforzamento servizi domiciliari e dimissioni protette; - rafforzamento servizi sociali e prevenzione burn out; - sviluppo percorsi di autonomia per persone con disabilità (progetto personalizzato, casa, lavoro) - housing temporaneo e stazioni di posta per le persone senza dimora

Come si evince dalla lettura sinottica dei LEPS e degli obiettivi sopra riassunti, già la sola individuazione di misure assistenziali complesse o di interi processi assistenziali da sviluppare e perseguire in modo integrato sin dall'origine, in particolare per la non autosufficienza (i servizi a supporto della domiciliarità, ad esempio, o l'intero processo di aiuto nelle sue fasi di accesso – prevalutazione – valutazione – presa in carico – PAI unico – monitoraggio – rivalutazione – esito) rappresenterebbe un traguardo importante nello sviluppo di LEPS integrati anche di tipo organizzativo/gestionale.

È di tutta evidenza che l'orientamento policies converga verso una programmazione che tenga conto della complessità, della necessità di rafforzamento dei servizi di prossimità, della promozione del tessuto sociale e di un impiego complementare e sinergico di tutte le risorse disponibili.

Accanto a quanto finora rappresentato, la legge 234/2021 definisce come LEPS (art.1 comma 162) i servizi socio-assistenziali, erogati dagli ATS, volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane.

Si devono quindi considerare LEPS:

a) **a.1 l'assistenza domiciliare sociale** quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo.
a.2 assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria;
a.3 soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e tra generazioni;
a.4 adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;

b) servizi sociali di sollievo, quali:

b.1 il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato;

b.2 un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;

b.3 l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali;

c) servizi sociali di supporto, quali:

c.1 la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio.

c.2 l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle **famiglie per l'espletamento di adempimenti.**

Sia il comma 162 che 163 fanno riferimento preciso a quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, il quale delinea l'ambito d'azione dei LEA. In particolare, d'interesse per la non autosufficienza sono gli articoli 21 "Percorsi assistenziali integrati", 22 "Cure domiciliari", 23 "Cure palliative domiciliari" nonché l'articolo 30 "Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti".

Anche il PNRR Missione 6 "Salute", partendo dalla constatazione che nel nostro Paese vi siano significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi e un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali, intende agire sulle reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Comparando le diverse fonti normative è, quindi, possibile identificare sia gli aspetti comuni organizzativi e operativi già previsti da entrambi i sistemi, sia la necessità di meglio definire, *in primis*, a livello istituzionale tra Aziende sanitarie e Ambiti territoriali sociali, i processi che consentano una reale garanzia di percorsi di presa in carico integrata per le persone non autosufficienti.

Modalità gestionali e operative	**L. 234/22**	**DPCM 12/01/2017**
Punti unici d'accesso	L'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari avviene attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità ».	Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.
Valutazione multidimensionale	Viene garantita la valutazione multidimensionale della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessari	Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale»

Equipe multiprofessionali	Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS.	I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali.
Progetto di assistenza individuale integrata (PAI)	L'equipe integrata procede alla definizione del PAI, contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.	Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico - riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

Risulta, quindi, fondamentale garantire, sia per la componente sociale che per quella sanitaria, le équipes integrate multiprofessionali, adeguatamente formate e numericamente sufficienti, in grado di accogliere, valutare e co-costruire con la persona e la sua famiglia il progetto di assistenza integrato. Avere una buona struttura organizzativa di risorse umane, con la chiara definizione delle competenze e delle responsabilità tra sistemi sociale e sanitario, può produrre un forte legame con la strategia del fronteggiamento della non autosufficienza.

In relazione ai servizi, LEPS e LEA devono garantire prioritariamente la permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio, qualora questo sia appropriato in relazione ai bisogni e ai desideri della persona, assicurando i servizi in forma integrata ed unitaria.

	Sistema sociale LEPS	**Sistema sanitario LEA**
CURE DOMICILIARI	**Dimissioni protette** **(come da Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 - Scheda LEPS 2.7.3 "Dimissioni protette",** che distingue due tipologie di servizio, una rivolta all'utenza che può fare riferimento ad un domicilio", l'altra rivolta alle persone senza dimora o in condizione di precarietà abitativa).	**DPCM 12/01/2017 art. 22** L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

	L.234/21 art. 1 comma 162 **Assistenza domiciliare sociale** quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo.	**DPCM 12/01/2017 art. 22** **Cure domiciliari di livello base:** costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1)) inferiore a 0,14.
	L.234/21 art. 1 comma 162 **Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari**, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria.	**DPCM 12/01/2017 art. 22** **Cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello**: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico -infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un coefficiente intensità assistenziale (CIA) compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso.
		DPCM 12/01/2017 art. 22 **Cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello**: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo Medico -infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo Riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso.
		DPCM 12/01/2017 art. 22 **Cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello:** costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi medici monouso, dell'assistenza protesica, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

il decreto 23 maggio 2022, n. 77, del Ministero della salute concernente il *"Regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"*

La Delibera sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato Regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento recante «Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale» del 21/04/2022, presenta ulteriori elementi che sottolineano la necessità di sviluppo dell'integrazione sociosanitaria e precede il decreto 23 maggio 2022, n. 77, del Ministero della salute concernente il "Regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale". Si cita l'art. 1 comma 163 della L. 234/21, evidenziando la sottoscrizione dell'intesa tra Governo e Regioni in materia di linee guida per l'attuazione degli interventi di cui ai commi da 159 a 171 e l'adozione di atti di programmazione integrata, al fine di garantire l'omogeneità del modello organizzativo degli ATS e l'art. 21, comma 1, del D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 per quanto attiene la sottoscrizione dell'accordo al fine di definire gli ambiti di competenza dei due sistemi, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza. Si prevede l'obbligatorietà della presenza dei Servizi sociali nelle Case delle comunità e per quanto attiene l'assistenza domiciliare si fa preciso riferimento all'art 1. comma 162 lettera a) della L.234/21 di competenza degli Ambiti Territoriali sociali. Alcuni elementi di interesse presenti nella succitata delibera, quali i livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali, il progetto di salute semplice o complesso, il budget di salute e la definizione dei rapporti degli ATS con le varie stratificazioni operative dell'assistenza territoriale del sistema sanitario (es. COT), dovranno necessariamente trovare un approfondimento di tipo organizzativo e gestionale, nonché una declinazione negli accordi previsti.

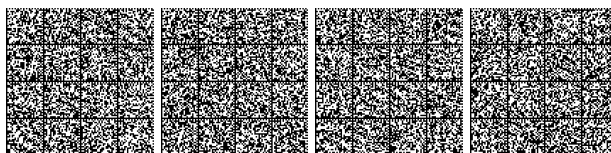
Infine, anche nelle "Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" si specifica che "*alcuni strumenti di telemedicina, quali la teleassistenza, possano essere integrati ed utilizzati anche per attività svolte da professionisti del sociale appartenenti ai Comuni, specie in un'ottica di integrazione sociosanitaria."*

La realizzazione e l'applicazione di LEPS e LEA, in una logica di complementarità e prossimità tra servizi, diventano elementi essenziali per garantire salute, continuità di cura e sicurezza sociale. L'organizzazione delle reti dei servizi riconduce nel contesto territoriale di riferimento (distretto/ATS) la ricomposizione (anche organizzativa) dei servizi e degli interventi propri sia del sistema dei servizi locali sociali che di quelli sanitari, a superamento delle frammentarietà dei diversi settori coinvolti, in una logica sistemica che vede i livelli essenziali delle prestazioni essere "di tutti e di ciascuno", accomunati dall'unico obiettivo di rispondere alle esigenze delle persone in modo complessivo. Tale approccio evolutivo, permette, quindi, di guardare verso la costruzione di LEPS e di LEA di organizzazione e di gestione integrata, in cui poter definire le pertinenze organizzativo/gestionali di riferimento per conferire ai livelli di erogazione e di processo maggiore appropriatezza, omogeneità, tempestività, efficienza ed efficacia.

Al fine di contribuire alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria, si ritiene opportuna la costituzione di un tavolo tecnico che individui le linee di indirizzo comuni di ausilio alla concreta realizzazione del LEPS, di cui all'art. 1, comma 160 L.234/21 volto anche alla definizione su base nazionale di strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi da ATS e DS ai fini della loro adozione nei territori, con la partecipazione, fra gli altri, del Ministero della Salute, Ministero della Disabilità, Rete e Anci.

1.5 Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS)

Il Sistema informativo unitario dei servizi sociali si articola nelle seguenti componenti:

a) Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali, a sua volta articolato in:
    1) Banca dati delle prestazioni sociali (BDPS);
    2) Banca dati delle valutazioni e progettazioni personalizzate (BDVPP);
    3) Sistema informativo dell'ISEE, di cui all'art.11 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n.159 del 2013;

4) Piattaforma digitale del Reddito di cittadinanza per il Patto di inclusione sociale (PRDC).

b) Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali, a sua volta articolato in:

1) Banca dati dei servizi attivati (BDSA);
2) Banca dati delle professioni e degli operatori sociali (BDPOS).

Il lavoro costante con la parte tecnica della Rete rappresenta un importante elemento di confronto al fine di apportare i necessari cambiamenti nel sistema nel momento in cui si renda necessaria l'introduzione di nuove prestazioni o nel caso in cui si evidenzino nuovi bisogni informativi.

1.5.1 Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali

La prima sezione del Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali è la Banca dati delle prestazioni sociali (BDPS), che sostituisce ed integra la Banca dati delle prestazioni sociali agevolate, condizionate all' ISEE, già disciplinata dal decreto ministeriale 8 marzo 2013, integralmente recepito dal decreto interministeriale 16 dicembre 2014, n. 206, recante modalità attuative del Casellario dell'assistenza. Le prestazioni sociali rilevate sono individuate nella tabella 1 annessa al citato decreto n.206 cui sono state aggiunte nel tempo ulteriori prestazioni. Relativamente a queste ultime, di particolare interesse per l'area della disabilità e degli anziani non autosufficienti sono le prestazioni della nuova categoria A9 resa disponibile sul sistema "Casellario dell'assistenza" da febbraio 2018 al fine di migliorare la programmazione, il monitoraggio e la rendicontazione:

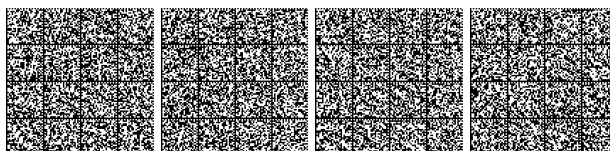
a) delle informazioni sulle prestazioni destinate alla realizzazione di interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 2 del DPCM 27 novembre 2017:

   A9.01.01 "FNA-Disabilità gravissime: assistenza domiciliare";
   A9.01.02 "FNA-Disabilità gravissime: assistenza domiciliare indiretta";
   A9.01.03 "FNA-Disabilità gravissime: interventi complementari all'assistenza domiciliare".

b) delle informazioni sugli interventi e servizi - descritti nell'articolo 5, comma 4, del D.M. 23 novembre 2016, fatta eccezione per quelli di cui alla lettera d), erogati a valere sul Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare:

   A9.02.01 "Fondo PCD prive del sostegno familiare: percorsi di accompagnamento";
   A9.02.02 "Fondo PCD prive del sostegno familiare: supporto alla domiciliarità";
   A9.02.03 "Fondo PCD prive del sostegno familiare: sviluppo competenze";
   A9.02.04 "Fondo PCD prive del sostegno familiare: permanenza temporanea extrafamiliare".

Occorre tuttavia, considerare che la Banca dati delle prestazioni sociali (BDPS) fornisce un quadro esaustivo per gran parte delle prestazioni erogate dall'INPS ma è scarsamente popolata dagli altri enti erogatori, che manifestano difficoltà legate alla carenza di risorse umane da destinare alla specifica attività di implementazione del Sistema e di risorse per mettere a punto i sistemi informativi e gli applicativi per l'invio dei flussi massivi di dati o per l'attivazione della cooperazione applicativa.

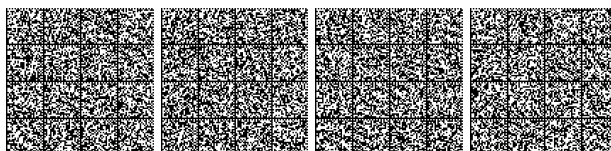
Nell'ambito della Banca dati delle valutazioni e progettazioni personalizzate e in particolare, relativamente al modulo SINA (sistema informativo non autosufficienza) alle problematiche segnalate si aggiunge la complessità nel reperire le molteplici e dettagliate informazioni richieste dal tracciato SINA ed è particolarmente sentita l'esigenza di una più ampia cooperazione tra sistemi informativi e banche dati, accentuando e implementando l'interoperabilità dei diversi sistemi.

Il sistema sarà implementato per raccogliere le informazioni derivanti dal monitoraggio dell'offerta dei servizi che verranno realizzati dai territori, in attuazione dei LEPS (Allegato D del DPCM di approvazione del presente Piano).

1.5.2 Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali

Nel corso del 2021 sono state raccolte per la prima volta le informazioni relative alla banca dati dei servizi attivati e a quella delle professioni, la cui unità di rilevazione è l'ambito territoriale. A queste si è aggiunta un ulteriore banca dati: la banca dati degli assistenti sociali istituita per la gestione del contributo agli assistenti sociali introdotto dalla Legge 178/2020 (Legge di Bilancio per il 2021) all'articolo 1, comma 797 e seguenti.

Nel primo anno di esercizio la banca dati dei servizi attivati è stata popolata da 453 ambiti che complessivamente aggregano 6.230 Comuni, la banca dati delle professioni e degli operatori sociali da 456 ambiti e quella degli assistenti sociali da 514: il popolamento medio delle banche dati è stato pari all'82%.

Per ciascun ambito territoriale sono stati rilevati i servizi offerti nel territorio di competenza, tra quelli individuati nell'allegato 2 del decreto del Ministro del lavoro n.103 del 22 agosto 2019. Il medesimo decreto, nel dettare le modalità attuative del nuovo sistema informativo dell'offerta, ha previsto la possibilità di attivare moduli di approfondimento relativi agli interventi e servizi che costituiscono livelli essenziali delle prestazioni o la cui rilevanza è ravvisata in sede di Rete. Nel primo anno di rilevazione sono stati attivati moduli di approfondimento relativi al segretariato sociale, al servizio sociale professionale all'affidamento familiare e ai servizi residenziali per minorenni.

I dati, rilevati a livello di ambito territoriale sociale (ATS), sono stati raccolti considerando cinque macro-attività di riferimento (Accesso, valutazione e progettazione; Misure per il sostegno e l'inclusione sociale; Interventi per favorire la domiciliarità; Centri servizi, centri diurni e centri semi-residenziali e Strutture comunitarie e residenziali) in relazione a tre aree di utenza, ciascuna delle quali a sua volta scomposta in due sotto-aree (Area 1- Famiglia e minori/Anziani Autosufficienti; Area 2- Disabili/Anziani non autosufficienti; Area 3: Povertà/ Disagio adulti e dipendenze). Gli interventi per la domiciliarità rappresentano la macro attività di maggiore interesse per l'area 2: tra i rispondenti, 9 ambiti su 10 dichiarano di aver attivato un servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale e 8 su 10 un servizio di assistenza domiciliare Integrata con servizi sanitari. Il 60 % circa degli ATS ha attivato altri interventi per la domiciliarità mentre l'80% eroga il trasporto sociale in favore dei disabili (per gli anziani non autosufficienti la percentuale scende al 57%). Gli interventi relativi a Centri servizi, centri diurni e centri semi-residenziali, nonché strutture comunitarie e residenziali sono per lo più garantiti in forma indiretta attraverso l'erogazione ai cittadini in condizione di disabilità o anziani non autosufficienti di un "Voucher" o integrazioni di rette.

Capitolo 2.
La governance multilivello

2.1 Il ruolo dello Stato, delle Regioni e degli Enti locali nella previsione ed attuazione delle politiche per la non autosufficienza

L'obiettivo del legislatore è prevedere un sistema multilivello di governance istituzionale che riordini l'insieme di servizi e di interventi rivolti alle persone non autosufficienti – afferenti agli ambiti del sociale e del sociosanitario – in un articolato unitario e coordinato di attività e processi.

Ciò consentirà di mettere in relazione duratura le responsabilità istituzionali a cui fanno capo gli interventi sociali con quelle a cui fanno capo gli interventi sociosanitari, mirando a ricomporre l'articolato disegno dei diversi livelli di governo interessati: statale, regionale e locale.

L'art. 117, lett. M), Cost., nella versione post Riforma del Titolo V, prevede che sia compito del legislatore statale definire la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. A tale riconoscimento va altresì applicato il principio di "leale collaborazione" tra Stato e Regioni, visto che la stessa Costituzione riconosce la potestà legislativa statale in materia di servizi sociali (lo Stato ha il compito di indicare gli obiettivi di politica sociale nazionale) e potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute.

Data per acquisita la definizione dei LEPS, importante per addivenire ad un'equa ed efficiente allocazione delle risorse collegate al Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), si evidenzia il ruolo dei diversi soggetti giuridici che concorrono a realizzarli. I principi su cui si basa l'intervento legislativo sono il rafforzamento strutturale e organizzativo degli Ambiti sociali territoriali (ATS), nonché la definizione di un progetto individualizzato che determini e finanzi i sostegni necessari in maniera integrata, favorendo la permanenza al domicilio delle persone anziane, nell'ottica della deistituzionalizzazione.

Va inoltre preliminarmente detto che i LEPS relativi alla non autosufficienza sono finanziati attraverso il Fondo nazionale per le non autosufficienze, incrementato con ulteriori risorse. Il Fondo per le non autosufficienze è integrato per un ammontare pari a 100 milioni di euro per l'anno 2022, a 200 milioni di euro per l'anno 2023, a 250 milioni di euro per l'anno 2024 e a 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025.

Ciò premesso, rispetto a quanto attribuito alle competenze statali, occorre ora soffermarsi su quanto di competenza regionale; le Regioni partecipano alla Rete di protezione e dell'inclusione sociale, di seguito denominata "Rete", istituita presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'art. 21 del decreto legislativo 147 del 2017, nell'ambito della formulazione di analisi e proposte per la definizione del Piano per la Non Autosufficienza. Come riporta il comma 5, del succitato articolo, nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, la Rete si articola in tavoli regionali e a livello di ambito territoriale. Ciascuna Regione e Provincia autonoma definisce le modalità di costituzione e funzionamento dei tavoli, nonché la partecipazione e consultazione delle parti sociali e degli organismi rappresentativi del Terzo settore, avendo cura di evitare conflitti di interesse e ispirandosi a principi di partecipazione e condivisione delle scelte programmatiche e di indirizzo, nonché del monitoraggio e della valutazione territoriale in materia di politiche sociali.

La Rete è responsabile dell'elaborazione del Piano per la Non Autosufficienza, quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Nel rispetto e nella valorizzazione delle modalità di confronto con le autonomie locali e favorendo la consultazione delle parti sociali e degli Enti del Terzo settore, territorialmente rappresentativi in materia di non autosufficienza e comunque prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità, le Regioni adottano il piano regionale per la non autosufficienza ovvero l'atto di programmazione regionale che, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali, programma gli interventi finalizzati alla realizzazione del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza. Ogni modifica del piano nel corso del triennio di riferimento andrà comunicata al Ministero per la relativa approvazione.

Nello specifico, la "Rete della protezione e dell'inclusione sociale" è composta da 5 rappresentanti del Ministero della Salute, 5 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2 del Ministero per le Disabilità, 1 ciascuno per i Ministeri dell'Economia, dell'Istruzione e delle Infrastrutture, 1 del Dipartimento Politiche per la Famiglia e 4 dell'Inps. Ne fanno parte, inoltre, un componente per ciascuna Giunta Regionale e delle Province autonome e 20 designati dall'Anci. La presidenza della Rete è condivisa tra i Ministeri del Lavoro e della Salute.

La Rete consulta periodicamente le parti sociali, gli organismi rappresentativi del Terzo settore e quelli degli altri soggetti che operano nell'ambito delle politiche sulla non autosufficienza; al fine di formulare analisi e proposte per la definizione del Piano, la Rete può costituire gruppi di lavoro con la partecipazione di questi attori.

Le Regioni, nell'ambito della gestione del Fondo per le non autosufficienze e mediante propri Programmi regionali, orientano le scelte organizzative e gestionali in ordine all'erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari consapevoli che esse sono chiamate a contribuire all'effettiva esigibilità dei livelli essenziali delle prestazioni.

Nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le Politiche Sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale, gli stessi garantiscono le prestazioni previste dall'art. 22 comma 2 della L. 328/2000, ferme restando le competenze del SSN in relazione alle norme in materia di integrazione socio sanitaria.

2.2 L'Ambito Sociale Territoriale nell'attuazione dei LEPS

Come già richiamato, l'Ambito Territoriale rappresenta la sede principale della programmazione locale, concertazione e coordinamento degli interventi dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale.

Il singolo Ambito è individuato dalle Regioni, ai sensi della L. 328/2000. In particolare, in base all'articolo 8, comma 3 lettera "a", tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, spetta ad esse la determinazione degli Ambiti Territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei sevizi sociali a rete.

Le Regioni esercitano, quindi, la funzione di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali, garantendone l'adeguamento alle esigenze delle comunità locali, nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale.

Al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio, nonché di concorrere alla piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale, i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 (art. 1, comma 160 L.234/21).

Le aree in cui vengono erogati i servizi da parte degli ATS sono l'assistenza domiciliare sociale e l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, soluzioni abitative (comma 162 lett. A), nonché servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie, valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore (comma 162 lett. B) (per un approfondimento di dettaglio, si rinvia al par. 1.3).

Gli ATS, nel rispetto della programmazione regionale e dei relativi modelli organizzativi regionali, assicurano l'erogazione dei servizi socio assistenziali di cui alle aree individuate al comma 162 e al comma 164 della legge n. 234/2021 (cd legge di bilancio anno 2022) (LEPS). I LEPS sono realizzati dagli ATS, che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147.

Il quadro evolutivo è quello di una progressione graduale nel raggiungimento dei livelli essenziali, così come previsto dal DPCM del 21 novembre 2019. Il finanziamento del FNA può concorrere, sulla base dei Piani regionali della Non Autosufficienza, con separata evidenza, al potenziamento dei LEPS nel rispetto dei modelli organizzativi regionali sentite le autonomie locali.

Il rinnovato quadro normativo e programmatico riconosce agli Ambiti sociali territoriali una funzione ed un ruolo di primo piano che, dall'ambito della sola attuazione operativa, si estende anche a funzioni di governance ed amministrazione che suggerirebbero una maggiore presenza dei responsabili degli ATS nelle sedi di coordinamento e pianificazione territoriale.

2.3 Le Aziende Sanitarie

Come indicato all'art. 1 comma 163 della succitata legge di bilancio, il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, nel rispetto dei modelli regionali, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali équipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM/UVMD, di seguito sinteticamente UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale necessario a consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

Sezione 2 - IL DISPOSITIVO DI PIANO

Capitolo 3.
L'impianto operativo del PNNA 2022-2024

Come evidenziato nei paragrafi precedenti, il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024 si sviluppa in forma di ulteriore evoluzione della precedente programmazione, scaturita dalla L. 33/2017 e dal D.Lgs. 147/2017, basata sull'avvio dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali in materia di non autosufficienza e grave disabilità. La prospettiva costituzionale della progressiva attuazione dei LEPS guida l'intera azione di pianificazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, interessando i tre piani principali previsti.

Nel corso del periodo della pandemia il legislatore è intervenuto attraverso alcuni provvedimenti normativi che anticipano la filosofia dettata all'interno del PNRR dalle Missioni 5 e 6 relative all'integrazione tra sociale e sanitario. Nello specifico, il PNNA 2022-2024 ritrova alcuni riferimenti decisivi nelle due riforme legate alla Missione M5C2 e riferite alla disabilità e alla non autosufficienza, anticipate dai commi 159-171 della legge di bilancio 234/2021, in vista della transizione dalla programmazione precedente a quella che vedrà la messa a regime di sistemi effettivamente integrati sociale-sanitario.

La Matrice di programmazione

L'impianto attuativo del PNNA 2022-2024 segue l'impostazione generale definendo gli obiettivi specifici, i programmi operativi, gli strumenti e le risorse del triennio di programmazione nazionale. La matrice di programmazione si sviluppa nel rapporto fra tre programmi operativi e due gruppi di beneficiari.

I tre programmi operativi riguardano:

1. LEPS di erogazione riferiti ai contenuti del comma 162 lettere a, b, c e del comma 164 della legge di bilancio 234/2021.
2. LEPS di processo riferito ai contenuti del comma 163 della legge di bilancio 234/2021.
3. Azioni di rafforzamento riferite ai contenuti del comma 166 della legge di bilancio 234/2021.

I due gruppi di destinatari riguardano:

- Persone con Non autosufficienza
- Persone con Disabilità

Sia i LEPS di erogazione che il LEPS di processo sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali. L'ATS costituisce la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS. I LEPS di erogazione e di processo sono realizzati nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147.

Matrice di Programmazione

PNNA 2022-2024 Matrice di Programmazione			**Persone anziane Non Autosufficienti (più di 65 anni)**		**Persone con Disabilità**	
			Alto bisogno assistenziale	**Basso bisogno assistenziale**	**Gravissime**	**Gravi**
LEPS di Erogazione (o Obiettivi di servizio per le persone con disabilità)	**Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari**	L. 234/2021 Comma 162 Lettera a)				
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)				
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)				
	Contributi	L. 234/2021 Comma 164				
LEPS di Processo (o Obiettivi di servizio per le persone con disabilità)	**Percorso Assistenziale Integrato**	L. 234/2021 Comma 163	Accesso			
			Prima Valutazione			
			Valutazione Complessa			
			PAI			
			Monitoraggio			
Azioni di Supporto	**Capacitazione ATS**	L. 234/2021 Comma 166				
	Attività di formazione	L. 234/2021 Comma 166				

Strategia di intervento 1 - I LEPS, così come declinati nella Legge di Bilancio 234/2021, si riferiscono principalmente alla platea degli anziani non autosufficienti, ma garantiscono l'accesso ai servizi sociali e socio sanitari, attraverso i PUA, a tutte le persone non autosufficienti, mentre è la legge n 227/2021 ("Legge delega in materia di disabilità") che prevede che siano definite le procedure volte alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni specifici. Pertanto, nella fase di transizione di cui al presente Piano, i servizi alle persone con disabilità saranno considerati quali obiettivi di servizio.

Livelli essenziali di erogazione

La strategia di intervento 1 si riferisce agli interventi normati dal comma 162 della legge di bilancio 234/2021, che riguardano i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza, in riferimento a tre aree:

Linea 1.1. Assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari.
Linea 1.2. Servizi sociali di sollievo.
Linea 1.3. Servizi sociali di supporto.
Linea 1.4. Contributi

Con la strategia di intervento si definiscono i contenuti, le modalità e i termini per l'erogazione degli interventi, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza.

Strategia di intervento 2 - Livelli essenziali di processo

La strategia di intervento 2 si riferisce agli interventi normati dal comma 163 della legge di bilancio 234/2021 che riguardano il percorso assistenziale integrato da attivare per i bisogni complessi.

Linea 2.1. Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo.

La strategia di intervento 2 è sostenuta dall'accordo interistituzionale di ambito territoriale sociale di cui il PNNA 2022-2024 recante lo schema-tipo (Allegato 1).

La realizzazione del LEPS di processo per ognuno dei beneficiari è propedeutica alla messa in atto dei servizi dedicati alla persona, sulla quale si chiede di intervenire in fase di prima attuazione del Piano.

Strategia di intervento 3 - Azioni di supporto

La strategia di intervento 3 si riferisce agli interventi normati dal comma 166 della legge di bilancio 234/2021 che riguardano il rafforzamento degli ambiti territoriali sociali e lo sviluppo del sistema dei servizi.

Linea 3.1. Rafforzamento della dotazione organica degli ATS.

Linea 3.2. Azioni di sviluppo del sistema dei servizi che prevedono attività svolte direttamente dalla competente struttura del MLPS:

- Definizione di strumenti e modelli di supporto agli interventi previsti dalla linea 1.3.
- Definizione di obiettivi di convergenza per gli strumenti già attivi di valutazione multidimensionali.
- Definizione delle azioni positive verso la progressiva costruzione di Budget dedicati.

Le azioni legate alla linea 3.2. possono essere sviluppate nel corso del triennio di validità del Piano anche mediante l'istituzione di appositi gruppi tecnici di lavoro interistituzionali.

Lo sviluppo triennale del PNNA 2022-2024

Il PNNA 2022-2024 si sviluppa nel triennio di vigenza sia rispetto alle funzioni di regolazione dei programmi operativi riferiti ai LEPS di erogazione e di processo, sia rispetto alle azioni di rafforzamento degli ATS e di supporto al sistema dei servizi. Per ciascuna annualità, quindi, il Piano definisce obiettivi, azioni e parametri anche in relazione al programma finanziario pluriennale del Fondo per la non autosufficienza.

3.1. Livelli essenziali di erogazione

La **strategia di intervento 1** si riferisce agli interventi normati dal comma 162 della legge di bilancio 234/2021 che riguardano i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza.

Linea 1.1. Assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari

Contenuti

Servizi caratterizzati dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria.

La linea 1.1. della strategia di intervento comprende anche azioni orientate verso:

- Soluzioni abitative basate su nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR.
- Rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane.
- Adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza.

Destinatari

- Persone anziane non autosufficienti
- Persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione
- Persone con disabilità grave e gravissima

Giova ripetere il fatto che i LEPS, così come declinati nella Legge di Bilancio 234/2021, si riferiscono principalmente alla platea degli anziani non autosufficienti, ma garantiscono l'accesso ai servizi sociali e socio sanitari, attraverso i PUA, a tutte le persone non autosufficienti, mentre è la legge n 227/2021 ("Legge delega in materia di disabilità") che prevede che siano definite le procedure volte alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni specifici. Pertanto, nella fase di transizione di cui al presente Piano, i servizi alle persone con disabilità saranno considerati quali obiettivi di servizio.

Caregiver

In premessa è necessario porre l'accento sul ruolo degli Ambiti territoriali sociali che erogano l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari come stabilito dal comma 164 e che garantiscono anche l'offerta dei servizi e degli interventi le cui aree di attività sono state declinate nel comma 162, lett. a-b-c. Un'offerta che può essere integrata da ulteriori contributi finalizzati al sostegno alle persone anziane non autosufficienti. Sono contributi volti alla retribuzione del lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale (comma 164). Si segnala quale criticità l'aspetto della possibilità di erogare un ulteriore contributo diverso dalla indennità di accompagnamento, oltre che le due fattispecie appena indicate (lavoro di cura svolto da titolari di rapporto di lavoro o acquisto di servizi), anche al familiare che si occupa direttamente dell'assistenza. In sostanza, si tratta della delicatissima questione dei caregivers sui quali è aperto un ampio dibattito circa il riconoscimento della attività di cura per i profili di natura strettamente lavoristica e previdenziale e che a legislazione vigente è trattato dall'articolo 1, comma 254 della legge 205 del 2017 che istituisce un apposito fondo presso la Presidenza del consiglio per interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico della attività di cura non professionale del caregiver.

Nel Piano, nel quale non potevano essere introdotti interventi risolutivi in materia, è stata tuttavia contemplata la possibilità di erogazione di natura economica purché questa sia prevista nel progetto personalizzato quindi, in tal senso, rientrante nei servizi offerti alla persona.

Modalità
L'erogazione degli interventi avviene solo ed esclusivamente in relazione alla previsione di un PAI, generato dal processo assistenziale integrato così come definito dal LEPS di processo, valorizzando ed integrando con tali interventi anche il più ampio progetto individuale di vita, se esistente o in corso di redazione.

Regolazione
Per l'area della non autosufficienza le risorse del FNA saranno progressivamente destinate al finanziamento di servizi erogati in forma diretta.
Infatti, nel corso della prima annualità, il 2022, è prevista la possibilità di realizzare le attività di valore preparatorio, il LEPS di processo, come definito dal comma 163 dell'art.1 della legge 234/21 e come evidenziati nel capitolo tre del presente Piano, valutazione dei bisogni, funzionalità delle UVM, definizione del PAI, monitoraggio degli esiti di salute.
Per l'area della disabilità come per la non autosufficienza permane la possibilità di erogare servizi in forma diretta o indiretta, purché questi ultimi siano erogati attraverso titoli di acquisto da utilizzare in prospettiva, mediante gli strumenti dell'accreditamento istituzionale e comunque nel caso di erogazione monetaria, quale scelta di servizio frutto di valutazione multidimensionale e inserita nel PAI.

Le modalità di utilizzo delle risorse sono indicate al successivo capitolo 6.

Linea 1.2. Servizi sociali di sollievo

Contenuti
- Pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato.
- Centri diurni e semiresidenziali;
- Servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità.
- Attivazione e organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata.

Destinatari
- Persone anziane non autosufficienti e loro famiglie
- Persone con disabilità e loro famiglie

Modalità
L'erogazione degli interventi avviene con la supervisione del servizio che ha preso in carico la persona e nel perseguimento degli obiettivi di salute definiti dal PAI.

Regolazione
Ai servizi sociali di sollievo sono destinate le risorse come indicato al successivo capitolo 6.

Linea 1.3. Servizi sociali di supporto

Contenuti
- Messa a disposizione di strumenti qualificati orientati a favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio.
- Assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.

Destinatari

- Persone anziane non autosufficienti e loro famiglie
- Persone con disabilità e loro famiglie

Modalità

L'erogazione degli interventi avviene con la supervisione del servizio che ha preso in carico la persona e nel perseguimento degli obiettivi di salute definiti dal PAI.

Regolazione

Ai servizi sociali di supporto sono destinate le risorse come indicato al successivo capitolo 6.

Tabella Riassuntiva LEPS Erogazione 1/3

Griglia Programmazione		Contenuti	Destinatari	Modalità	Standard LEPS / Obiettivi di Servizio del Percorso assistenziale integrato	Percentuale FNA
Articolo 1 comma 162 Lettera a)	**Assistenza domiciliare sociale** **Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari**	- Supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana. - Prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo. - Anche integrazione di interventi di natura sociosanitaria.	Persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale Persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione e quindi con basso bisogno assistenziale Persone con disabilità gravissima e grave (obiettivo di servizio)	- Accesso unitario - Prima valutazione - Valutazione Multidimensionale - Piano Assistenziale Individualizzato - Monitoraggio	**2022** Costituzione del sistema unitario dei punti di accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario. Protocollo operativo di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario. **2023** Strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Accordo di programma di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario. **2024** Strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.	
		- Soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR. - Nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane. - Rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane.				
		- Adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio. - Servizi di telesoccorso e teleassistenza.				

Tabella Riassuntiva LEPS Erogazione 2/3

Griglia Programmazione		Contenuti	Destinatari	Modalità	Standard LEPS / Obiettivi di Servizio del Percorso assistenziale integrato	Percentuale FNA
Articolo 1 comma 162 Lettera b)	**Servizi sociali di sollievo**	- Pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato. - Centri diurni e semiresidenziali	Persone anziane non autosufficienti e loro famiglie. Persone con disabilità e loro famiglie (obiettivi di servizio)			
		- Servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità.				
		- Attivazione e organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore.		- Strumenti di programmazione e progettazione partecipata, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali.		

Tabella Riassuntiva LEPS Erogazione 3/3

Griglia Programmazione		Contenuti	Destinatari	Modalità	Standard LEPS / Obiettivi di Servizio del Percorso assistenziale integrato	Percentuale FNA
Articolo 1 comma 162 Lettera c)	**Servizi sociali di supporto**	- Messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio.	Persone anziane non autosufficienti e loro famiglie. Persone con disabilità e loro famiglie (obiettivi di servizio)			
		- Assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.				
Articolo 1 comma 164	**Contributi**	- Sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale.	Persone anziane non autosufficienti. Supporto ai familiari che partecipano all'assistenza. Persone con disabilità e loro famiglie (obiettivi di servizio)	- Remunerazione del lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali. - Acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale. - Sostegno ai soggetti di cui all'art. 1, co.255 della legge 205/2017		

3.2. Livello essenziale di processo

La **Strategia di intervento 2** si riferisce agli interventi normati dal comma 163 della legge di bilancio 234/2021 che riguardano il percorso assistenziale integrato da attivare per le persone che presentano i bisogni complessi.

Linea 2.1. Percorso assistenziale integrato

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dagli ambiti territoriali sociali.

Accesso. Funzione che costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e i servizi di accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario di ambito, che articola i punti fisici e unici di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale, con attenzione alle nuove strutture operative recate dalle Missioni 5 e 6 del PNRR. Il sistema unitario di accesso è dotato di una funzione di back-office di ambito, che cura e garantisce il costante coordinamento tra la presa in carico della persona e le successive macrofasi del percorso assistenziale integrato.

Prima valutazione. Funzione che costituisce la fase di valutazione preliminare dei bisogni espressi dalla persona e/o dal nucleo familiare, in cui sono garantite le attività che completano il quadro informativo necessario per la presa in carico e le attività di rilevazione dell'eventuale complessità dei bisogni emersi. In caso di bisogno semplice di natura sanitaria o sociale, è previsto l'invio verso le competenti strutture organizzative anche di tipo specialistico. In caso di bisogno complesso con aspetti di integrazione, è prevista l'attivazione delle competenti unità di valutazione multidimensionale. Le attività di valutazione preliminare costituiscono lo snodo essenziale che permette il coordinamento operativo con le strutture professionali delle Centrali Operative Territoriali (COT), mantenendo nel contempo lo svolgimento coerente, tempestivo e appropriato del percorso assistenziale per i casi complessi.

Valutazione multidimensionale. Funzione che costituisce la fase di valutazione della capacità bio-psico-sociale della persona nei casi complessi e delle condizioni e delle effettive capacità e competenze del nucleo familiare, anche allo scopo di definire l'onerosità della risposta assistenziale che può variare in rapporto alla medesima complessità clinica. Al termine della valutazione multidimensionale è prevista l'attivazione dell'équipe integrata che provvede all'elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato. Il coordinamento strutturato tra l'Ambito territoriale sociale e il Distretto sanitario permette di garantire l'apporto delle professionalità più adeguate rispetto alle diverse complessità dei bisogni e dei contesti di vita.

Piano assistenziale individualizzato. Funzione che costituisce la fase di elaborazione del quadro delle risposte appropriate sulla base della valutazione multidimensionale, un unico PAI che ricomprende tutte gli interventi destinati alla persona presa in carico e al suo nucleo familiare. L'équipe integrata definisce gli obiettivi di salute dei servizi e le prestazioni idonee al loro raggiungimento secondo l'intensità del bisogno, anche in relazione alle caratteristiche, alle competenze e alle risorse del nucleo familiare e del contesto di vita. L'équipe integrata cura la definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare, inoltre attiva i servizi competenti che provvedono a realizzare le attività previste dal PAI.

Monitoraggio degli esiti di salute e di assistenza sociale. Funzione che costituisce la fase conoscitiva dell'andamento e dei risultati di salute e di assistenza raggiunti in attuazione del PAI. A questo scopo, è attuata la rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato, e la comparazione tra obiettivi di cura e di assistenza sociale definiti e risultati raggiunti. L'interoperabilità tra i sistemi informativi sanitari e sociali è decisiva per questa macrofase del processo assistenziale, che può avvalersi anche delle innovazioni prodotte attraverso l'attuazione delle specifiche missione del PNRR.

Organizzazione del percorso assistenziale

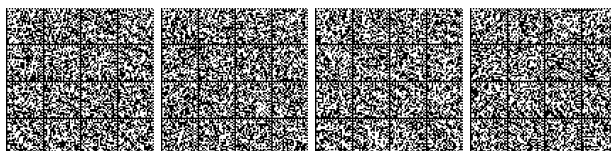
Il percorso assistenziale integrato è organizzato in cooperazione tra il sistema dei servizi dell'ATS e il complesso delle dotazioni del Distretto sanitario, anche in relazione con le azioni e le riforme recate dal PNRR M5C2 e M6C1. A questo scopo il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, le seguenti funzioni:

- l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA)[13], che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate 'Case della comunità' e negli altri presidi ritenuti pertinenti e adeguati dalla programmazione locale.
- Presso i PUA operano équipe integrate che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo.
- Sulla base della valutazione dell'UVM, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.
- La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

Regolazione

Per sostenere la progressiva attuazione del LEPS di Processo 'Percorso assistenziale integrato', sono individuati degli obiettivi di servizio che gli ATS si impegnano raggiungere nelle annualità di vigenza del PNNA 2022-2024.

> ***Obiettivi di Servizio 2022***: Costituzione del sistema unitario dei punti di accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario. Protocollo operativo di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.
>
> ***Obiettivi di Servizio 2023***: Strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Accordo di programma di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.
>
> ***Obiettivi di Servizio 2024***: Strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.
>
> Regolamento unico di ambito per i servizi sociosanitari. Protocolli per la costruzione delle reti di comunità. Programma unitario di sviluppo del monitoraggio e della valutazione dei PAI.

[13] Si veda, a tale riguardo, quanto riportato all'art. 5 dell'accordo di programma allegato al Piano: "Nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità, le Parti si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata; allo stesso tempo definiscono la dotazione, le modalità di funzionamento e l'organizzazione dell'equipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario"

Accordo di programma

La Strategia di intervento è sostenuta da un accordo di collaborazione interistituzionale di ambito territoriale, il cui schema-tipo è recato dal PNNA 2022-2024 (Allegato 1).

La proposta di uno schema-tipo costituisce un punto di riferimento e una base comune che dovrebbe garantire l'uniformità sul territorio nazionale e che potrà essere adattato alle singole realtà territoriali.

Lo schema-tipo è adottato dal livello regionale con un provvedimento che può coordinare questo strumento con altri strumenti regionali. L'accordo è stipulato al livello dei singoli ambiti territoriali sociali dal Presidente del Comitato/Conferenza di ambito e dal Direttore generale dell'azienda sanitaria territoriale.

Qualora sul territorio regionale vi siano già provvedimenti che disciplinano conformemente la materia oggetto dell'accordo di programma lo stesso potrà non essere stipulato.

L'accordo riguarda la realizzazione nell'ambito territoriale del LEPS di processo 'Percorso assistenziale integrato', ed esprime la necessaria intesa istituzionale richiesta a questo scopo insieme agli elementi di cooperazione professionale e organizzativa che ne garantiscono la piena attuazione. In ciascun ambito territoriale, l'Accordo può dare luogo a successivi protocolli operativi che approfondiscono e specificano aspetti organizzativi, professionali, amministrativi, contabili.

3.3. Azioni di supporto

La Strategia di intervento 3 si riferisce agli interventi normati dal comma 166 della legge di bilancio 234/2021 che riguardano a) il rafforzamento degli ambiti territoriali sociali, b) lo sviluppo del sistema dei servizi.

A) Il rafforzamento degli ATS si basa sulla messa a disposizione di una quota del Fondo nazionale per la non autosufficienza assegnata al reclutamento di operatori delle professionalità sociali, che saranno dedicati alla tenuta del sistema dei servizi per la non autosufficienza e la disabilità. Il contributo sarà erogato agli ambiti in ragione di assunzioni a tempo indeterminato da parte dei soggetti pubblici definiti da ciascun ambito.

B) Le azioni di sviluppo del sistema dei servizi prevedono attività svolte direttamente dalla competente struttura del MLPS:

- Definizione di strumenti e modelli di supporto agli interventi previsti dal programma 1.3, nonché alle attività e ai programmi di formazione professionale finalizzati a qualificare il lavoro di cura e ai progetti formativi a favore dei familiari delle persone anziane non autosufficienti, in collaborazione con l'Agenzia nazionale per le politiche attive del lavoro (ANPAL).
- Definizione di obiettivi di convergenza per gli strumenti già attivi di valutazione multidimensionali della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, con particolare rilievo per la definizione della onerosità assistenziale in riferimento alle diverse caratteristiche degli ambiti familiari, amicali e comunitari.
- Definizione delle azioni positive verso la progressiva costruzione dei Budget di cura intesi come confluenza delle risorse di natura aziendale, comunale, individuale, familiare, e comunitaria in riferimento al rapporto tra progetto di vita e piano assistenziale individuale.

Regolazione

Il contributo per il rafforzamento degli ATS è valutato nell'ordine di 40.000 euro per ogni operatore sociale (assistente sociale, educatore professionale, assunto a tempo indeterminato da uno dei soggetti pubblici indicati dall'ambito territoriale e assegnato alla tenuta del percorso assistenziale).

Capitolo 4.
Platea dei destinatari

4.1. Persone con non autosufficienze

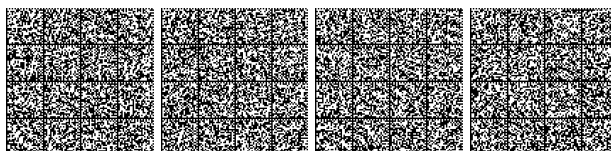
Il presente Piano declina il campo dell'intervento sociale nell'ambito delle condizioni culturali, socioeconomiche, simboliche e relazionali che organizzano le condizioni di non autosufficienza e disabilità nelle relazioni di convivenza fra la persona ed i propri contesti di riferimento – abitativi, comunitari, relazionali, costituendo fattori di rischio o vulnerabilità per la piena espressione dei diritti umani, sociali, culturali ed economici volti ad assicurare una vita "dignitosa" e la piena partecipazione alla vita sociale, economica e politica del Paese[14], così come riconosciuti dalla Costituzione Italiana e dalle Convenzioni Internazionali stabilite in ambito europeo e internazionale (Es. Pilastro Europeo dei diritti sociali, Patto internazionale relativo ai diritti economici, sociali e culturali, Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ecc.).

In virtù di tale presupposto, il Piano individua nei propri destinatari le persone che, in virtù di specifiche condizioni di salute bio-psico-fisica, sociale e relazionale che rendono problematico il rapporto con i propri contesti di riferimento, richiedano interventi di supporto volti ad incrementare una propria competenza a riconoscere ed individuare risorse – informative, economiche, relazionali, abitative, etc., e criteri per lo sviluppo della propria salute, qualità di vita e di convivenza, anche in presenza di fabbisogni complessi di tipo sanitario, in virtù della presenza di specifiche patologie, condizioni invalidanti stabili o croniche che le espongano – a qualunque età ed in particolar modo in età avanzata - a rischio di marginalizzazione, o deterioramento della propria condizione di vita e convivenza.
In continuità con il precedente Piano, e in una ottica di transizione, il Piano individua quindi fra i propri destinatari diretti i seguenti target:

- Persone anziane[15] non autosufficienti con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima, così come previsto dall'art. 1 comma 168 della legge n. 234/2021 (cd. legge di bilancio 2022) e dalla normativa vigente e dettagliati dal Piano per la Non Autosufficienza di cui all'articolo 21, comma 6, lettera c), dal decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 nonché dall'art. 3 del DM del Ministero del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016.
- Persone anziane[16] non autosufficienti con basso bisogno assistenziale e/o persone con disabilità grave, ai fini esclusivamente del presente Piano, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti o disabili ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, in ogni caso coerentemente ai requisiti definiti dalle Regioni con riferimento ai criteri di valutazione delle Commissioni UVM e ai modelli di erogazione delle prestazioni regionali.

  La conclusione del percorso nazionale di individuazione dei criteri di analisi e definizione del fabbisogno assistenziale delle persone la cui condizione di non autosufficienza/disabilità grave sia

---

[14] In particolare, il diritto alla salute, all'abitare, alle pari opportunità ed alla non discriminazione, all'autodeterminazione nelle scelte, allo sviluppo delle proprie progettualità di vita, all'apprendimento permanente, etc.
[15] Persone che hanno superato il 65° anno di età
[16] V. nota 15.

stabilita in virtù della elaborazione di strumenti volti a definire criteri di intervento congrui con le specifiche problematiche di autonomia espresse dalla persona in relazione alla sua rete di relazioni (caregiver, famiglia, vicinato, relazioni comunitarie, etc.) nelle attività della vita quotidiana, garantirà una maggior armonizzazione a livello nazionale e un puntuale riconoscimento delle non autosufficienze gravi.
A tal fine si prospetta nella definizione del percorso avviato con il DPCM del 21/11/2019 la necessità di coniugare strumenti valutativi volti a valutare lo stato di non-autosufficienza (come, ad esempio, l'Indice di Barthel con le scale ADL e IADL) a strumenti legati a quantificare il carico assistenziale della persona non autosufficiente e dell'eventuale caregiver familiare per il lavoro di cura.

4.2. Persone con disabilità

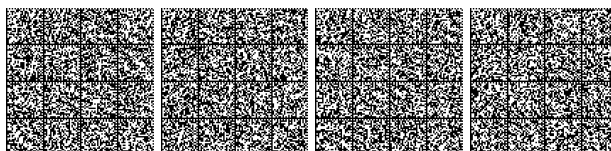
Le persone con disabilità rappresentano una categoria trasversale a tutte le misure assistenziali individuate o agli interi processi assistenziali che dovranno essere sviluppati e perseguiti in modo integrato.

Si terrà conto di quanto stabilito dalla legge delega sulla disabilità e in particolare di quanto già sperimentato nel Piano precedente per i Progetti di Vita Indipendente che seguiranno quanto indicato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità, che prevedono progetti coerenti con le misure già in essere afferenti al Fondo per il dopo di noi (Progetti per il dopo di noi) e al Fondo nazionale per la non autosufficienza (Progetti di vita indipendente).

Nel richiamare la Legge delega sulla disabilità è importante ricordare che la stessa Legge prevede l'adozione di una definizione di disabilità coerente a quanto stabilito dall'articolo 1, comma 2 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD).

È prevista, inoltre, l'adozione della Classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute (ICF), e dei correlati strumenti tecnico-operativi di valutazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ai fini della descrizione della disabilità congiuntamente alla Classificazione internazionale delle malattie (ICD) e ad ogni altra eventuale scala di valutazione disponibile e consolidata nella letteratura scientifica e nella pratica clinica.

In aggiunta a quanto sopra descritto, sarà rilevante e di estrema importanza, l'adozione di una definizione di profilo di funzionamento coerente con la Classificazione ICF e con le disposizioni della CRPD e che tenga conto della Classificazione ICD.

Nel presente Piano, in ultimo, si richiama l'attenzione alla elaborazione di un progetto di vita personalizzato e partecipato, sulla base di un approccio multidisciplinare e con la partecipazione della persona con disabilità e/o di chi la rappresenta. Tale progetto, in linea anche con quanto indicato nella Legge Delega sulla disabilità, dovrà essere in grado di individuare i sostegni e gli accomodamenti ragionevoli che garantiscano l'effettivo godimento dei diritti e delle libertà fondamentali, tra cui la possibilità di scegliere, in assenza di discriminazioni, il proprio luogo di residenza e un'adeguata soluzione abitativa, anche promuovendo il diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni socio-assistenziali.

Capitolo 5.
Vita Indipendente

Si richiamano le Linee guida sulla vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, elaborate e adottate dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali con D.D. n. 669 del 28 dicembre 2018, nella declinazione delle finalità di garantire il diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, e di prevedere le modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati per i soggetti che ne facciano richiesta, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.

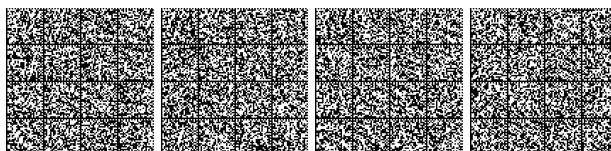
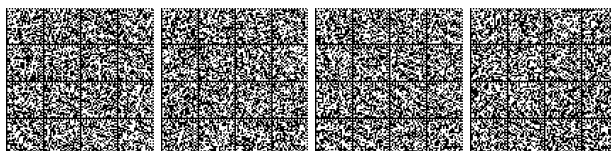
In continuità con il precedente Piano e con le già adottate Linee di indirizzo per i progetti di vita indipendente, si terrà conto dell'esigenza che le progettazioni legate al tema in oggetto proseguano il proprio percorso nella programmazione ordinaria dei servizi, tenendo conto di un elemento fondamentale quale la centralità della persona e la sua inclusione nella società, così come indicato nell'art. 19 della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità.

Nell'attuazione delle stesse linee di indirizzo, tenuto conto del carattere transitorio del presente Piano e delle allegate Linee di indirizzo per la Vita Indipendente, si rappresenta che, laddove si faccia riferimento nel testo al Piano per la non Autosufficienza 2019-2021, sia da intendersi il presente Piano per la non Autosufficienza 2022-2024. I contenuti delle Linee di Indirizzo riproposte, laddove dovessero essere superate dalle disposizioni di legge più recenti, saranno intesi secondo la normativa vigente.

I Progetti di Vita Indipendente dovranno armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità, che prevedono progetti coerenti con le misure già in essere afferenti al Fondo per il dopo di noi (Progetti per il dopo di noi) e al Fondo nazionale per la non autosufficienza (Progetti di vita indipendente) e secondo le linee guida precedentemente citate.

Inoltre, gli interventi devono essere dedicati, di norma, a persone con disabilità maggiorenni, la cui disabilità non sia determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità. Tuttavia, limitatamente ai progetti di continuità, che prevedono la proroga o l'estensione di programmi già avviati, sarà possibile confermare i servizi alle persone con disabilità per le quali intervengano patologie legate all'invecchiamento. Nella selezione dei beneficiari viene data preferenza alle persone con disabilità in condizione di maggiore bisogno in esito ad una valutazione multidimensionale, che tenga conto almeno delle limitazioni dell'autonomia, della condizione familiare, abitativa ed ambientale, nonché delle condizioni economiche della persona con disabilità. Un fondamentale criterio da tenere in considerazione, inoltre, riguarda le scelte che favoriscano i percorsi di deistituzionalizzazione, di non istituzionalizzazione e il contrasto ad ogni forma di segregazione o di isolamento delle persone con disabilità. I progetti devono considerare tutte le tipologie di limitazioni corporee e funzionali, il rischio di discriminazione plurima e la prospettiva di genere. I percorsi promuovono quindi il mantenimento dell'abitare a domicilio anche della persona con disabilità priva di nucleo familiare, promuovendo percorsi di mantenimento dell'autonomia.

Con specifico riferimento alle persone con disabilità intellettiva devono essere adottate strategie volte a facilitare la comprensione delle misure proposte.

Le aree di intervento definite nelle linee guida su indicate, si sintetizzano in:

- **Assistente personale**. La figura dell'assistente personale assume un ruolo centrale nell'organizzazione di un progetto di vita indipendente. Nell'ottica della reale garanzia dei diritti umani e del godimento delle libertà fondamentali come sancito dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006 è fondamentale promuovere la libera scelta dell'assistente, fatte salve le eventuali indicazioni rappresentate dalle équipe multiprofessionali e riportate nel progetto personalizzato. Il contributo economico per l'assistente personale legato all'obiettivo di autonomia va considerato, ove opportuno, nel quadro dell'analisi condotta dalle équipe multiprofessionali, parte di un più ampio insieme di aree di progettazione connesse all'obiettivo di autonomia dichiarata.
- **Forme dell'abitare in autonomia: housing e cohousing**. Il progetto è aperto alle molteplici forme, anche sperimentali e innovative, dell'abitare sociale. A tale proposito è raccomandata l'integrazione con le programmazioni del "Dopo di noi" di cui alla legge n. 112/2016, e con i progetti a valere sulle risorse del PNRR sostenuti dal su menzionato investimento 1.2, rispettando gli standard definiti con la disciplina attuativa. Rientreranno altresì sostegni finanziari mirati all'approccio all'indipendenza per chi voglia rendersi autonomo dalla famiglia.
- **Inclusione sociale e relazionale**. In tale contesto è possibile prevedere la fattispecie dell'assistenza sociale relazionale. Ciò nonostante, i servizi di questo tipo godono di diversi programmi specifici di finanziamento, essi saranno compresi nel progetto di vita indipendente solo nel caso in cui le équipe multiprofessionali li giudichino indispensabili per garantire la sostenibilità del progetto personalizzato. I servizi potranno essere legati al godimento del tempo libero, alla più ampia partecipazione alle plurime dimensioni della vita quotidiana, al rafforzamento dei legami e delle relazioni sociali, al supporto dell'inclusione lavorativa o all'apprendimento.
- **Domotica**. Utilizzo di nuove tecnologie (quali ad esempio, le tecnologie domotiche, le tecnologie per la connettività sociale, etc.), che riguardano la sicurezza degli utenti e l'autonomia nell'ambiente domestico (AAL) e contribuiscono a contrastare ogni forma di segregazione, ricordando che tali interventi non devono essere ricompresi negli elenchi di interventi afferenti al SSN.
- **Azioni di sistema**. Nell'elaborazione e formulazione dei progetti devono essere previste forme di coinvolgimento attivo del mondo associativo e della comunità di riferimento. Devono, inoltre, essere attuate azioni tese a sviluppare strategie che consentano di garantire il più a lungo possibile la condizione indipendente attraverso interventi di welfare di comunità e nuove forme di inclusione su base comunitaria, anche con la collaborazione del Terzo settore.

SEZIONE TERZA – LA PROGRAMMAZIONE DEL FNA

Capitolo 6.
Fondo per la Non Autosufficienza

6.1 Ambiti di intervento rispetto alle risorse

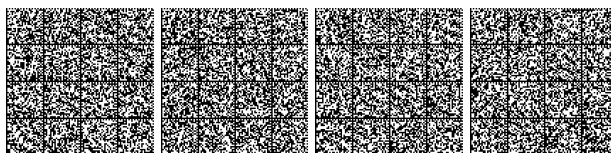
Sono stati fin qui illustrati i tratti distintivi che caratterizzano il nuovo Piano triennale per la non autosufficienza, che può essere considerato un piano di transizione tra quello realizzato con l'esperienza precedente e un nuovo percorso, sulla base di quanto indicato dalla legge 30 dicembre 2021 n. 234, di bilancio per l'anno finanziario 2022.
In particolar modo, ci si riferisce agli aspetti relativi alla realizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, i LEPS. Come già detto, la citata legge di bilancio ha infatti definito i primi livelli essenziali delle prestazioni sociali prevedendo che su tutto il territorio nazionale debbano essere assicurati servizi, attività e prestazioni integrate per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.

Alle persone anziane non autosufficienti nonché alle persone con gravissima disabilità, con il comma 162 della legge di bilancio 2022, sono garantiti servizi socio-assistenziali volti a promuovere benessere e qualità di vita, favorendone la permanenza nel proprio domicilio e il contatto con il proprio contesto sociale e territoriale; ciò, mediante interventi di servizio domiciliare e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, forme di coabitazione sociale, adattamenti del domicilio, domotica; servizi di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e per le loro famiglie, con la frequentazione di centri diurni e semiresidenziali, l'avvio di un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità, collaborazione con le risorse di prossimità, volontariato e solidarietà intergenerazionale; garanzia di servizi sociali di supporto che favoriscano l'incontro tra domanda e offerta di lavoro con il fattivo concorso dei centri per l'impiego sul territorio nonché una assistenza per la soluzione di esigenze amministrative e legali.

La logica di intervento sottesa alle disposizioni è quella della integrazione tra diversi ambiti e strumenti di intervento, mirando ad un potenziamento complessivo dell'offerta di servizi da ottenere sia organizzando servizi specifici con personale qualificato, sia valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore, mantenendo comunque la centralità della persona richiedente e con il coinvolgimento della famiglia, coinvolta e supportata.

Al fine di raggiungere le finalità descritte nel comma 162 della citata legge di bilancio, con il comma 168, *"il Fondo per le non autosufficienze è integrato per un ammontare pari a euro 100 milioni per l'anno 2022, a euro 200 milioni per l'anno 2023, a euro 250 milioni per l'anno 2024 e a euro 300 milioni a decorrere dall'anno 2025"* persistendo comunque gli interventi a valere sul fondo per le non autosufficienze alle persone con disabilità gravissima.

Si evidenzia che la graduale introduzione dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti è inquadrata nell'ambito degli stanziamenti vigenti, incluse le integrazioni previste dalla medesima legge di bilancio.

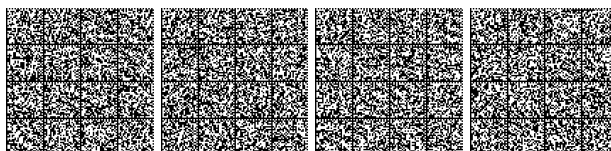
L'accesso ai servizi sociali e sociosanitari è assicurato dagli Ambiti territoriali sociali (comma 164), che garantiscono anche l'offerta dei servizi e degli interventi le cui aree di attività sono state declinate nel comma 162, lett. a-b-c, e che può essere integrata da contributi, diversi dalla indennità di accompagnamento, per il sostegno alle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza. Si tratta di contributi mirati esclusivamente a retribuire il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto

di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.
Ciò premesso, al fine di innescare il processo virtuoso che porterà alla effettiva realizzazione dei LEPS, si ritiene indispensabile che su tutto il territorio venga propedeuticamente attivato il LEPS di processo descritto nei capitoli precedenti, con il quale la persona che richiede sostegno viene formalmente e sostanzialmente presa in carico nei PUA, nel quale una equipe multidimensionale individua l'insieme dei servizi e degli interventi da attivare, per affrontare concretamente la situazione specifica e definire il piano personalizzato da realizzare. Nel caso in cui tale valutazione sia già stata effettuata se ne richiede la riconsiderazione per assicurarne l'attualità.
Tale passaggio deve essere assicurato nel primo anno di applicazione del presente piano in quanto preparatorio e condizionante l'attivazione e la realizzazione personalizzata dei livelli essenziali definiti nel progetto e deve essere letto in un'ottica di sistema.

Gli interventi previsti dal presente piano, in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, sono condizionati all'ISEE secondo quanto previsto dalla programmazione regionale. Nel caso di interventi forniti a persone in condizioni di gravissima disabilità le soglie di accesso non possono essere inferiori a 50 mila euro, accresciuti a 65 mila in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria.

Risorse
Le risorse sono destinate alle regioni per l'intero ammontare secondo i criteri di riparto di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016, e secondo le quote percentuali riportate nella tabella appositamente dedicata.
I criteri di riparto delle risorse del FNA sono costruiti quale risultato della media ponderata di due indicatori utilizzati quali *proxy* "della domanda potenziale di servizi per la non autosufficienza":

a) popolazione residente, per regione, d'età pari o superiore a 75 anni, nella misura del 60%;
b) criteri utilizzati per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 20, comma 8, della legge 8 novembre 2000, n. 328, nella misura del 40%.

In assenza di indicatori sulla distribuzione regionale delle persone non autosufficienti si è inteso adottare indicatori demografici e indicatori già in uso per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali anche in ragione del fatto che in questo contesto non rileva il numero assoluto di non autosufficienti in una data regione, ma la quota percentuale presente in ogni regione rispetto al totale nazionale. Inoltre, poiché tra le persone non autosufficienti, gli anziani sono più rappresentati che nella popolazione complessiva, la scelta di un indicatore demografico riferito alla distribuzione territoriale degli anziani appare preferibile.
Al fine dell'assegnazione della quota di riparto per ogni regione e per ogni esercizio finanziario è necessario scorporare dalle risorse disponibili quelle da dedicare alle azioni per la realizzazione della vita indipendente e per le assunzioni del personale con professionalità sociale finalizzata alla implementazione dei PUA.
L'evidente cambio di passo introdotto con il nuovo Piano consentirà nel futuro di raccogliere maggiori informazioni sulla consistenza delle platee e poter affinare, dati alla mano, i criteri da adottare per il riparto, rendendoli più aderenti alle effettive esigenze dei territori.

Vita indipendente
A comune memoria, si richiama il fatto che la quota di risorse fin dal 2014 è attribuita al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, al fine di realizzare progetti sperimentali in materia. Dal 2019, con l'emanazione del primo Piano triennale per la non autosufficienza, dopo un quinquennio di sperimentazione, essi fanno parte della programmazione ordinaria dei servizi, fermo restando il coordinamento nazionale tramite linee guida adottate con il decreto di riparto del FNA, per il triennio precedente alle quali si fa espresso richiamo. Tuttavia, in considerazione del fatto che dagli ultimi dati statistici disponibili risulta un calo demografico, le regioni devono garantire una diffusione territoriale della programmazione sia in termini di risorse che di numero di ambiti coinvolti pari a 183 ambiti (con una leggera flessione di 3 ambiti rispetto al periodo

precedente) per un totale di 14.640.000 di euro, a valere sulla quota del Fondo per la non autosufficienza tenuto conto del cofinanziamento del 20% già garantito dalle Regioni. Sono valori minimi da confermare rispetto alle annualità precedenti, considerato che ciascuna Regione si impegnerà a sviluppare i progetti di vita indipendente prospetticamente in tutti gli Ambiti territoriali in cui vi sono le condizioni per attuarlo e che, comunque, sarà possibile integrare le risorse e diffondere maggiormente la misura anche con fondi provenienti dal Piano Nazionale Ripresa e Resilienza nonché con risorse comunitarie. Si è ritenuto, pertanto, di mantenere la stessa somma da dedicare alla misura specifica proprio in ragione delle possibilità di finanziamento provenienti dalle fonti appena citate, qualora a livello territoriale si voglia incrementare l'espansione della misura stessa evitando di sottrarre risorse alla realizzazione diretta dei LEPS.

Ambiti finanziabili Vita Indipendente

Regioni	Numero ambiti	Popolazione residente 18-64 al 01/01/2022	ambiti finanziabili	Importo per ciascun anno del triennio 2022-2024 (€)
Abruzzo	24	766.815	4	320.000
Basilicata	9	330.485	2	160.000
Calabria	32	1.120.436	6	480.000
Campania	60	3.484.042	18	1.440.000
Emilia Romagna	38	2.672.671	14	1.120.000
Friuli Venezia Giulia	18	707.722	4	320.000
Lazio	37	3.511.673	18	1.440.000
Liguria	18	870.858	5	400.000
Lombardia	91	6.064.741	31	2.480.000
Marche	23	886.060	5	400.000
Molise	7	175.156	1	80.000
Piemonte	32	2.513.264	13	1.040.000
Puglia	45	2.385.771	12	960.000
Sardegna	25	962.085	5	400.000
Sicilia	55	2.916.278	15	1.200.000
Toscana	28	2.185.181	11	880.000
Umbria	12	505.390	3	240.000
Valle d'Aosta	1	74.091	1	80.000
Veneto	21	2.948.019	15	1.200.000
Totale	**576**	**35.080.738**	**183**	**14.640.000**

Rafforzamento professionalità sociali nei PUA

Il disposto del comma 163 della legge di bilancio 234/21, è teso a garantire alle persone in condizione di non autosufficienza (disabili ed anziani) la fruizione di adeguati servizi sociali e sociosanitari attraverso la valutazione effettuata nei PUA dalle équipes ivi operanti, composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente. A tal fine si provvede con un significativo rafforzamento delle professionalità necessarie al raggiungimento dei LEPS. Relativamente alle figure professionali afferenti all'ambito sociale, in linea a quanto disposto dalla relazione illustrativa della legge di bilancio, il potenziamento è previsto nella misura di almeno due unità.
Pertanto, ai fini della predisposizione del riparto, dalla somma riservata al Fondo prevista dalla legge bilancio 2022, dovrà essere accantonata, per il primo anno, la somma di 20 milioni di euro e di 50 milioni a decorrere dal 2023.

Unità di personale PUA per regione

Regioni	Quota %	unità personale			Importo (€)		
		2022	2023	2024	2022	2023	2024
Abruzzo	2,37	12	50	50	480.000	2.000.000	2.000.000
Basilicata	1,05	5	19	19	200.000	760.000	760.000
Calabria	3,42	17	67	67	680.000	2.680.000	2.680.000
Campania	8,54	43	128	128	1.720.000	5.120.000	5.120.000
Emilia-Romagna	7,75	39	84	84	1.560.000	3.360.000	3.360.000
Friuli-Venezia Giulia	2,34	12	38	38	480.000	1.520.000	1.520.000
Lazio	9,15	46	83	83	1.840.000	3.320.000	3.320.000
Liguria	3,28	16	39	39	640.000	1.560.000	1.560.000
Lombardia	15,93	80	198	198	3.200.000	7.920.000	7.920.000
Marche	2,8	14	49	49	560.000	1.960.000	1.960.000
Molise	0,65	3	15	15	120.000	600.000	600.000
Piemonte	7,91	39	72	72	1.560.000	2.880.000	2.880.000
Puglia	6,68	33	96	96	1.320.000	3.840.000	3.840.000
Sardegna	2,92	15	53	53	600.000	2.120.000	2.120.000
Sicilia	8,19	41	118	118	1.640.000	4.720.000	4.720.000
Toscana	7,02	35	63	63	1.400.000	2.520.000	2.520.000
Umbria	1,71	9	26	26	360.000	1.040.000	1.040.000
Valle d'Aosta	0,25	1	2	2	40.000	80.000	80.000
Veneto	8,04	40	50	50	1.600.000	2.000.000	2.000.000
Totale	**100**	**500**	**1250**	**1250**	**20.000.000**	**50.000.000**	**50.000.000**

Le risorse vengono ripartite tra le regioni adottando gli stessi criteri utilizzati per la quota del fondo destinata al raggiungimento dei LEPS per le persone con gravissima disabilità e per gli anziani non autosufficienti.
In sede di programmazione le regioni dovranno individuare gli ambiti che possono di procedere sin da subito alle nuove assunzioni in quanto non sottoposti ai vincoli derivanti dai limiti alle capacità assunzionali, fermo restando che già nel 2023 le risorse disponibili consentiranno l'assunzione di almeno due unità per ogni ambito e che la previsione di spesa a livello statale è a regime a partire da tale anno.
Ogni ambito avrà la possibilità di disporre di 80.000 euro annui da utilizzare in base alle proprie esigenze e in coerenza con l'esercizio di coordinamento svolto dalla regione di appartenenza, per sostenere la spesa per personale con professionalità sociale da assumere con contratto a tempo indeterminato. Nel breve periodo si cercherà di inserire nell'ordinamento un provvedimento finalizzato al superamento dei limiti assunzionali che si ritiene indispensabile al fine di rendere concreto l'incremento di personale nei PUA.
Rimane ancora da individuare la soluzione rispetto al necessario rafforzamento dei PUA anche con personale dotato di professionalità amministrativa, per la quale si dovranno individuare apposite risorse finanziarie e introdurre nell'ordinamento il relativo provvedimento normativo.

6.2 Riparto

La tabella sottostante riepiloga le risorse del FNA previste per il finanziamento dei LEPS non autosufficienza evidenziandone la graduale implementazione nel triennio interessato dal presente Piano

Riepilogo oneri aggiuntivi previsti per il finanziamento dei LEPS non autosufficienza (€)			
	2022	**2023**	**2024**
Somma totale	822.000.000	865.300.000	913.600.000
Detrazioni			
Vita Indipendente*	14.640.000	14.640.000	14.640.000
Implementazione personale	20.000.000	50.000.000	50.000.000
Totale al netto delle detrazioni	787.360.000	800.600.000	848.960.000

60% popolazione 75 anni o più (2022)
40% quote di riparto del FNPS 2021

TABELLA Quote di riparto FNA

Regioni	**A**	**B**	**C**	**D**
	Quota %	**2022 (€)**	**2023 (€)**	**2024 (€)**
Abruzzo	2,37	18.660.000	18.976.000	20.120.000
Basilicata	1,05	8.267.000	8.407.000	8.914.000
Calabria	3,42	26.928.000	27.383.000	29.035.000
Campania	8,54	67.241.000	68.376.000	72.501.000
Emilia-Romagna	7,75	61.020.000	62.051.000	65.794.000
Friuli-Venezia Giulia	2,34	18.424.000	18.736.000	19.866.000
Lazio	9,15	72.043.000	73.260.000	77.680.000
Liguria	3,28	25.825.000	26.262.000	27.846.000
Lombardia	15,93	125.427.000	127.545.000	135.239.000
Marche	2,80	22.046.000	22.419.000	23.771.000
Molise	0,65	5.118.000	5.204.000	5.518.000
Piemonte	7,91	62.280.000	63.332.000	67.153.000

Puglia	6,68	52.596.000	53.484.000	56.711.000
Sardegna	2,92	22.991.000	23.379.000	24.790.000
Sicilia	8,19	64.485.000	65.574.000	69.530.000
Toscana	7,02	55.273.000	56.206.000	59.597.000
Umbria	1,71	13.464.000	13.691.000	14.517.000
Valle d'Aosta	0,25	1.968.000	2.002.000	2.122.000
Veneto	8,04	63.304.000	64.373.000	68.256.000
Totale	**100,00**	**787.360.000**	**800.660.000**	**848.960.000**

La somma assegnata ad ogni regione, al netto delle risorse dedicate alla implementazione delle assunzioni delle figure professionali e di quelle afferenti alla Vita Indipendente, dovrà garantire, in ottemperanza a quanto disposto dall'art.1, co.162 della legge di bilancio 234/21, gli interventi a favore delle persone con gravissima disabilità come definite dall'art 3, co.2 lett. dalla *a* alla *i* del Dm 26 settembre 2016 ivi inclusi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette da morbo di Alzheimer in tale condizione.
Per cui, per ogni persona presa in carico, dovrà attivarsi il LEPS di processo o l'obiettivo di servizio e, attraverso la UVM svolta dalle équipe sociosanitaria insediata presso i PUA, dovranno essere individuati i servizi che garantiranno l'assistenza di cui alle suindicate lett. a, b, e c, del comma 162 e del comma 164 della legge 234/21 (LEPS di erogazione o obiettivo di servizio in caso di disabilità di persone con età inferiore ai 65 anni).
Fermi restando questi principi, le risorse sono destinate alle regioni secondo i criteri di cui all'art. 1, comma 2 del dm 26 settembre 2016: *"Le risorse di cui al presente decreto sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni, nonché da parte delle autonomie locali. Le prestazioni e i servizi di cui al comma precedente non sono sostitutivi, ma aggiuntivi e complementari, a quelli sanitari*." Nelle more del perfezionamento del presente Piano triennale per la non autosufficienza e dei conseguenti trasferimenti delle risorse finanziarie del FNA; le regioni interessate potranno continuare a garantire con risorse proprie gli interventi anche di natura monetaria, alle persone con gravissima disabilità in considerazione delle previsioni di cui all'articolo 1, co. 168 della legge 234/2021. Ciò, al fine di scongiurare l'eventualità di una interruzione nella erogazione delle prestazioni nei confronti di beneficiati in situazione di fragilità e bisogno

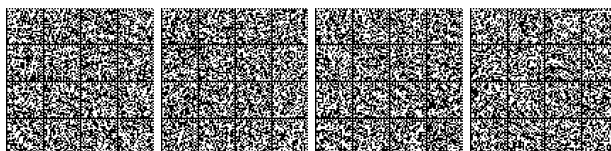
Modalità di graduale attuazione dei LEPS

In sede di programmazione ogni regione dovrà, partendo dalla propria realtà territoriale individuare la quota percentuale di risorse da destinare alla realizzazione dei servizi, per l'anno 2022, tenendo presente che per gli anni successivi tale quota dovrà essere implementata del 10% per ogni servizio per il 2023 e del 20% per il 2024. Non si è volutamente indicata una quota di realizzazione uguale per tutti fin dal primo anno in ragione sia dei tempi tecnici del rilascio del piano e sia soprattutto nel rispetto delle singole realtà territoriali e nella consapevolezza che ogni regione nell'ambito della propria autonomia avesse la piena contezza delle proprie esigenze e potesse in base ad esse andare ad utilizzare nel modo più efficace le risorse assegnate secondo il bisogno.
Per gli anni successivi invece è richiesta una implementazione standard in misura percentuale tale (10 % per il secondo anno e 20% per il terzo) rispetto alla base di partenza della annualità 2022 così come dichiarata nella programmazione regionale, da consentire a tutti i territori il raggiungimento della progressiva attuazione dei livelli essenziali, con un avanzamento percentuale uniforme a livello nazionale.

6.3 Monitoraggio e Rendicontazione

In considerazione della portata innovativa contenuta nel Piano, è indispensabile introdurre un sistema di costante monitoraggio della concreta attuazione dello stesso sul territorio. Si ritiene, infatti, indispensabile la costante implementazione del sistema SioSS con i dati e le informazioni richieste che consentano alle Regioni e all'Amministrazione Centrale di verificare l'andamento e la progressiva realizzazione dei processi e dei servizi dedicati. A riguardo si prevede l'istituzione di un apposito tavolo tecnico presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali composto da rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero della Disabilità, delle Regioni, dell'Anci a cui possono essere invitate a partecipare le Parti Sociali e le Associazioni del Terzo Settore che, convocato con cadenza quadrimestrale, possa seguire l'andamento e accompagnarne l'attuazione.

Entro 90 giorni dalla pubblicazione della notizia sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro dell'entrata in vigore del presente Piano, le Regioni dovranno trasmettere la programmazione triennale in coerenza con le finalità in esso declinate.
L'erogazione di ciascuna annualità è condizionata alla rendicontazione da parte della regione sugli utilizzi delle risorse ripartite nel secondo anno precedente secondo le modalità di cui **all'Allegato D (DPCM) "**Rendicontazione sull'utilizzo delle risorse"**.** L'erogazione è condizionata alla rendicontazione dell'effettivo utilizzo di almeno il 75%, su base regionale, delle risorse. Eventuali somme non rendicontate devono comunque essere esposte entro la successiva erogazione.
Le regioni si impegnano altresì a rilevare a livello di ambito territoriale, a fini di monitoraggio sull'utilizzo delle risorse, il numero e le caratteristiche delle persone assistite nel proprio territorio al 31 dicembre di ciascun anno, secondo il modello di cui all'**Allegato E (DPCM)** "Beneficiari degli interventi", rendendole disponibili, secondo le modalità di cui al citato articolo 6, comma 5, del decreto 22 agosto 2019, entro il 31 maggio dell'anno successivo.

Relativamente alla rendicontazione delle risorse dedicate alla realizzazione dei progetti di Vita Indipendente, questa sarà presentata sulla base delle indicazioni dell'**Allegato C (DPCM)** "Monitoraggio dei flussi finanziari" con riferimento alle risorse erogate dalle regioni agli ambiti.
Le regioni inseriscono la programmazione, le informazioni e le rendicontazioni, nelle specifiche sezioni del Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali, di cui al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 22 agosto 2019.
Nell'**Allegato F (DPCM)** "Costituzione/Rafforzamento dei PUA" sono indicate le modalità di rendicontazione delle risorse utilizzate per le assunzioni del personale sociale nell'applicativo.

Allegato 1.
Schema-tipo Accordo di Programma

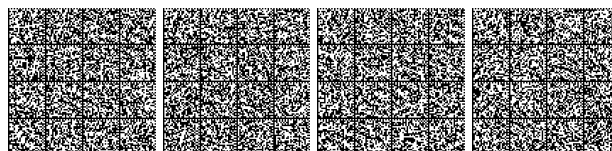
ACCORDO DI PROGRAMMA

Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-2024

Accordo interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità

Il presente Accordo Interistituzionale definisce e regola i contenuti della collaborazione organizzativa e professionale in materia, necessarie per sviluppare il Percorso assistenziale integrato all'interno dell'ambito territoriale, secondo le tre aree di responsabilità Istituzionale, Gestionale/Organizzativa e Professionale.

A questo scopo l'Accordo delinea il quadro di riferimento sia per l'intesa istituzionale, sia per le misure dedicate all'integrazione organizzativa e interprofessionale. L'Accordo declina gli impegni reciproci che le parti assumono in attuazione del LEPS di Processo come definito dalla programmazione nazionale, e reca tre allegati che definiscono:
A. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.
B. Le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato.
C. Indicazioni per il coordinamento tra LEPS sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità.

Lo schema-tipo dell'Accordo è recato dal PNNA 2022-2024. Lo schema-tipo è adottato dal livello regionale con un provvedimento che può coordinarlo con altri strumenti regionali già attivi in materia. L'accordo è stipulato al livello del singolo ambito territoriale sociale dal Presidente del Comitato/Conferenza di ambito e dal Direttore generale dell'azienda sanitaria territoriale.

Accordo di Programma

L'**Amministrazione Regionale** ……………., rappresentata dal ……….. nato/a il ………. ecc.

Il **Comitato/Conferenza di Ambito Sociale**…………, rappresentato dal Presidente……….. nato/a il ………. ecc.

L'**Azienda sanitaria locale** ……………., rappresentata dal Direttore Generale ……………… nato/a il ………. ecc.

Il Direttore dell'ente gestore dell'ATS …………, ……….. nato/a il ………. ecc.

Il Direttore del Distretto Sanitario …………, ……….. nato/a il ………. ecc.

(→ sottoscrittori da definire)

Considerate la Legge 33/2017, il D.lgs. 147/2017 e la Legge 234/2021;

Richiamati il D.P.C.M. 29 novembre 2001 'Definizione dei livelli essenziali di assistenza' e il D.P.C.M 12 gennaio 2017 'Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza';

Allo scopo di disciplinare la collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria e, nello specifico del presente Atto, per le persone con non autosufficienza o disabilità;

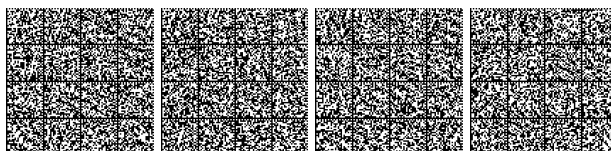
CONVENGONO

Titolo I – Intesa istituzionale e ambiti di cooperazione

Art 1 - Finalità

Il presente Accordo di Programma, ai sensi della normativa richiamata in premessa intende avviare un processo di integrazione dei servizi e tra servizi che, attraverso l'identificazione degli ambiti sui quali intervenire prioritariamente, consenta di definire e attuare:
a) il sistema locale degli interventi e dei servizi sociosanitari, atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di supporto e protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di sostegno, garantendo i livelli essenziali previsti dai rispettivi Enti;
b) le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali;
c) i sistemi informativi applicati, le relative modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e valutazione del sistema integrato;
d) progetti innovativi che permettano il diffondersi del metodo del budget di salute, sperimentando processi virtuosi a matrice corale di intervento.

Art. 2 - Oggetto

Per l'ambito territoriale ……………………, il presente Accordo di Programma definisce l'intesa interistituzionale e gli accordi di cooperazione organizzativa, gestionale e professionale necessari per l'attuazione del **Livello**

Essenziale delle Prestazioni relativo al Processo assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di disabilità, che necessitano di interventi di tipo sia sociale che sanitario, secondo le disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021.

Art. 3 - Percorso assistenziale integrato

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o con disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale individualizzato, monitoraggio degli esiti di salute, come definite all'allegato A del presente Accordo.

Art. 4 - Cooperazione interprofessionale

In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021, e come definito all'allegato A del presente accordo, la cooperazione interprofessionale si basa sulla costituzione dell'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. L'equipe integrata assicura la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario definiscono i contenuti del processo assistenziale integrato, e coordinano gli strumenti di valutazione dei bisogni complessi.

Art. 5 - Cooperazione organizzativa

In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021, e come definito all'allegato B del presente accordo, il percorso assistenziale integrato è garantito all'interno dell'ambito territoriale sociale (ATS), attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate Case della comunità. Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS, che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità, le Parti si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata; allo stesso tempo definiscono la dotazione, le modalità di funzionamento e l'organizzazione dell'equipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario.

Art. 6 - Modalità di integrazione degli interventi

In riferimento alle disposizioni del Comma 160 della L. 243/2021, e come definito all'allegato C del presente accordo, i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi. L'erogazione di interventi, servizi o attività, secondo modalità dirette o indirette, è necessariamente definita dal Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) elaborato nell'ambito del percorso assistenziale. Lo stesso PAI definisce anche l'indispensabile integrazione puntuale tra interventi, servizi o attività riferiti a LEP sociali e corrispondenti interventi, servizi o attività definiti dai LEA sanitari quando appropriati rispetto ai bisogni complessi di salute accertati e valutati. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario pongono in essere tutte le attività di collaborazione necessarie, sia a livello direzionale e programmatorio, che a livello organizzativo e professionale.

Titolo II – Organizzazione e strumenti

Art. 7 - Programmazione integrata

Il primo passo per l'integrazione sociosanitaria è la programmazione congiunta, funzione strategica che definisce, sulla base di priorità e obiettivi comuni, gli interventi sinergici da mettere in campo, le risorse a disposizione e condivise, i processi e le procedure di attuazione. Alla funzione di programmazione spetta il compito di intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, di indicare interventi e risposte assistenziali adeguate. L'approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti di governo del sistema, permette di rispondere in maniera adeguata alla complessità dei fenomeni e dei bisogni sociosanitari complessi e trova la sua attuazione nella programmazione congiunta dei servizi sociosanitari, presenti all'interno del Piano sociale di Zona e del Programma delle Attività Territoriali.

Art. 8 - Percorso assistenziale integrato

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dagli ambiti territoriali sociali. La programmazione condivisa tra ambito territoriale sociale e distretto sanitario è orientata a definire le azioni necessarie per la costruzione del percorso assistenziale.

Art. 9 - Sistema unitario di accesso e PUA

La funzione di accesso costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e i servizi di accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario di ambito, che articola i punti fisici e unici di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale, con attenzione alle nuove strutture operative recate dalle missioni 5 e 6 del PNRR. Il Punto Unico di Accesso rappresenta una modalità organizzativa di accesso unitario ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari rivolta, in particolare, a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e interventi sociali. In tal senso si delinea un modello organizzativo adeguato a rispondere in modo integrato e capace di accogliere qualsiasi tipologia di istanza: sociale, sanitaria e sociosanitaria. Il PUA è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi.

Art. 10 - Equipe integrata di ambito e Unità di valutazione multidimensionale

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i

processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. Le amministrazioni locali e l'azienda sanitaria individuano figure professionali necessarie da destinare all'equipe garantendo la presenza di un nucleo minimo e stabile di personale sociale e sanitario che può avvalersi di altre specifiche professionalità in relazione ai bisogni della persona.

Art. 11 - Piano assistenziale individualizzato

Il Piano assistenziale individualizzato costituisce la fase di elaborazione del quadro delle risposte appropriate sulla base della valutazione multidimensionale, un unico PAI che ricomprende tutte gli interventi destinati alla persona presa in carico e al suo nucleo familiare. L'equipe integrata definisce gli obiettivi di salute dei servizi e le prestazioni idonee al loro raggiungimento secondo l'intensità del bisogno, anche in relazione alle caratteristiche, alle competenze e alle risorse del nucleo familiare e del contesto di vita. L'equipe integrata cura la definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare, inoltre attiva i servizi competenti che provvedono a realizzare le attività previste dal PAI.

Art. 12 - Budget di salute e di comunità

Ai fini di prevenire l'istituzionalizzazione garantendo i diritti fondamentali, civili, sociali, alla salute riconoscendo il protagonismo e la libertà di scelta delle persone con disabilità e delle persone non autosufficienti e delle loro reti relazionali, si rende necessario dare attuazione a quanto previsto dalla L 328/2000, dai LEA socio sanitari (DPCM 12/1/2017), dalla L 162/98 superando modelli socio-sanitari di welfare prestazionale che producono frammentazione di spesa pubblica e di interventi. In esito al processo valutativo, i Progetti Personalizzati e Partecipati cogestiti con gli interessati in forma flessibile e dinamica, sono sostenuti dal Budget di Salute e di Comunità in attuazione della Legge 17 luglio 2020, art. 1 comma 4 bis a valere sulle risorse sociali di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze e sulle risorse sanitarie destinate all'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al Capo IV del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 nel limite dei massimali regolamentati dalle singole Regioni, delle quote, delle tipologie di costo e delle percentuali di compartecipazione previsti per i servizi diurni e residenziali. La riconversione di spesa pubblica la conseguente sostenibilità dell'articolazione individualizzata del piano progettuale consente il perseguimento di obiettivi di autonomia, abilitazione e inclusione.

Art. 13 - Ufficio sociosanitario integrato di ambito

Lo strumento di integrazione gestionale e professionale tra ATS e Distretto Sanitario è l'Ufficio sociosanitario integrato di ambito, che provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività disciplinate dal presente accordo. l'Ufficio sociosanitario integrato è coordinato dal Direttore del Distretto sanitario e dal Responsabile dell'Ambito territoriale sociale, comprende il Responsabile dell'Ufficio di Piano e le ulteriori responsabilità gestionali che si rendessero necessarie per l'organizzazione delle funzioni professionali e tecnico-amministrative richieste dal pieno svolgimento del processo assistenziale integrato. L'Ufficio sociosanitario integrato rappresenta altresì lo strumento di integrazione tra l'Ufficio di Piano e l'Ufficio di coordinamento delle attività sanitarie distrettuali. Per le funzioni di cui all'art. 8 del presente Accordo, l'Ufficio sociosanitario integrato si riunisce con cadenza almeno mensile.

Art. 14 - Gestione delle informazioni

Gli Enti firmatari Accordo si impegnano a perseguire tutte le soluzioni operative utili alla condivisone delle informazioni necessarie per lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del processo assistenziale

integrato. Nell'ambito dei servizi sociosanitari integrati, e al fine di favorire la presa in carico integrata della persona nella sua globalità, gli Enti Firmatari si impegnano a favorire e sviluppare l'interoperabilità tra i loro sistemi informativi nel rispetto della normativa nazionale ed europea su privacy e trattamento dati.

Titolo III - Impegni degli Enti aderenti

Art. ... – Impegni dell'Amministrazione Regionale

→ Articolo da prevedere solo nel caso la regione firmi la convenzione di ambito

Art. … – Impegni delle Amministrazioni Locali

Allo svolgimento del LEP di processo come definito dal presente accordo provvedono in modo coordinato l'Ambito territoriale sociale e il Distretto sanitario, secondo le rispettive competenze. Le Amministrazioni Locali provvedono alla piena funzionalità dell'Ambito territoriale sociale, di cui il Comitato/Conferenza dei Sindaci costituisce l'organo di governance istituzionale, e pongono in essere le azioni necessarie a garantire:

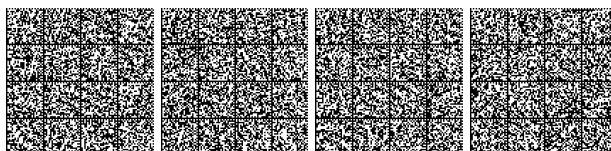
- Lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle attività previste da tutte le macrofasi del percorso assistenziale come definito all'Allegato A dell'Accordo;
- La dotazione di risorse di umane, strumentali e finanziarie necessaria a questo scopo, con particolare attenzione per l'adeguatezza delle professionalità coinvolte e la numerosità del personale;
- La piena cooperazione tra le strutture organizzative delle singole amministrazioni con l'Equipe integrata di ambito, costituita anche dalle risorse messe a disposizione a questo stesso scopo dall'Azienda sanitaria locale tramite il Distretto sanitario.

La Amministrazioni Locali si impegnano altresì a cooperare attivamente all'integrazione del sistema locale dei servizi sociali con la costruzione del sistema territoriale sanitario, con particolare riferimento alle Case di comunità e agli altri presidi territoriali, alle Centrali operative territoriali e al Punto unico di accesso.

Art. … – Impegni dell'Azienda sanitaria locale

Allo svolgimento del LEP di processo come definito dal presente accordo provvedono in modo coordinato l'Ambito territoriale sociale e il Distretto sanitario, secondo le rispettive competenze. L'Azienda sanitaria locale provvede alla piena funzionalità del Distretto sanitario e pone in essere le azioni necessarie a garantire:

- Lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle attività previste da tutte le macrofasi del percorso assistenziale come definito all'Allegato A dell'Accordo;
- La dotazione di risorse di umane, strumentali e finanziarie necessaria a questo scopo, con particolare attenzione per l'adeguatezza delle professionalità coinvolte e la numerosità del personale;
- La piena cooperazione tra le strutture organizzative interne all'Azienda sanitaria, o afferenti ai Dipartimenti, con l'Equipe integrata di ambito, costituita anche dalle risorse messe a disposizione a questo stesso scopo dalle Amministrazioni Locali tramite l'Ambito territoriale sociale.

L'Azienda sanitaria locale si impegna altresì a cooperare attivamente all'integrazione del sistema territoriale sanitario con la costruzione del sistema locale dei servizi sociali, con particolare riferimento alle Case di comunità e agli altri presidi territoriali, alle Centrali operative territoriali e al Punto unico di accesso.

Art. … – Organismo di condotta dell'Accordo

Il Comitato/Conferenza dei sindaci di ambito e l'Azienda sanitaria locale costituiscono un gruppo tecnico che provvede a monitorare l'andamento del presente accordo, informando periodicamente i rispettivi enti di appartenenza dei risultati raggiunti. Il gruppo tecnico è costituito da …. componenti espressi dal Comitato/Conferenza dei Sindaci e da … componenti espressi dall'Azienda sanitaria locale, insieme al Responsabile dell'Ambito territoriale sociale e al Direttore del Distretto sanitario.

Art. … - Allegati

Il presente Accordo è completato da tre allegati che ne fanno parte integrante:

A. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.

B. Le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato.

C. Indicazioni per il coordinamento tra LEP sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità.

Allegato A. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.

Percorso assistenziale integrato

Percorso Assistenziale Integrato		
Macrofasi	**Contenuto**	**Attività**
A. Accesso	Orientamento e accesso al percorso assistenziale	- Orientamento al complesso dei servizi territoriali - Accesso al percorso assistenziale dedicato (primi riferimenti anagrafici)
B. Prima Valutazione	Valutazione preliminare dei bisogni della persona o del nucleo familiare	- Anagrafica completa della persona - Valutazione preliminare --> Bisogno semplice: - Invio strutture competenti --> Bisogno complesso: - Invio unità di valutazione multidimensionale
C. Valutazione Multidimensionale)	Valutazione multidimensione dei bisogni complessi della persona o del nucleo familiare	- Equipe multidisciplinare - Valutazione multidimensionale - Attivazione servizi e prestazioni sociali, sociosanitari e sanitari - Monitoraggio dell'assorbimento delle risorse
D. Piano Assistenziale Individualizzato (Piano condiviso di sostegno)	Piano assistenziale e di sostegno condiviso	- Definizione degli obiettivi di salute - Defiinizione dei servizi e delle prestazioni idonei al raggiungimento degli obiettivi di salute - Definizione delle risorse interne al nucleo familiare - Definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare - Attivazione delle prestazioni previste dal PAI
E. Monitoraggio e Valutazione PAP	- Andamento dei servizi e delle attività previste dal PAI - Valutazione dei risultati delle attività previste dal PAI	- Rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato - Comparazione tra obiettivi di salute definiti e risultati raggiunti

Percorso Assistenziale Integrato

Percorso Assistenziale Integrato		
Macrofasi	**Contenuto**	**Attività**
A. Accesso	Orientamento e accesso al percorso assistenziale	- Orientamento al complesso dei servizi territoriali - Accesso al percorso assistenziale dedicato (primi riferimenti anagrafici)
B. Prima Valutazione	Valutazione preliminare dei bisogni della persona o del nucleo familiare	- Anagrafica completa della persona - Valutazione preliminare --> Bisogno semplice: - Invio strutture competenti --> Bisogno complesso: - Invio unità di valutazione multidimensionale
C. Valutazione Multidimensionale)	Valutazione multidimensionale dei bisogni complessi della persona o del nucleo familiare	- Equipe multidisciplinare - Valutazione multidimensionale - Attivazione servizi e prestazioni sociali, sociosanitari e sanitari - Monitoraggio dell'assorbimento delle risorse
D. Piano Assistenziale Individualizzato (Piano condiviso di sostegno)	Piano assistenziale e di sostegno condiviso	- Definizione degli obiettivi di salute - Definizione dei servizi e delle prestazioni idonei al raggiungimento degli obiettivi di salute - Definizione delle risorse interne al nucleo familiare - Definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare - Attivazione delle prestazioni previste dal PAI
E. Monitoraggio e Valutazione PAP	- Andamento dei servizi e delle attività previste dal PAI - Valutazione dei risultati delle attività previste dal PAI	- Rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato - Comparazione tra obiettivi di salute definiti e risultati raggiunti

Punto Unico di accesso

Il Punto Unico di Accesso rappresenta il modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione

sociale. Si configura, pertanto, come primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità.

Funzioni.
a) Orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse, ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli.
b) Agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari.
c) Avviare la presa in carico, mediante la prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.
d) Monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno.
e) Segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata.

Le attività del PUA sono articolate su due livelli:

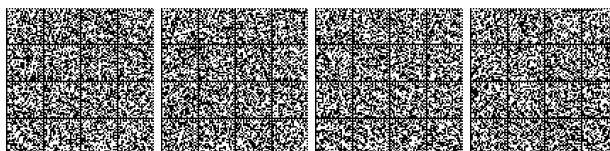
- funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento.
- funzioni di back office: prevalutazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione e il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali tramite il Distretto sanitario e dalle amministrazioni locali che compongono l'ATS. Per svolgere adeguatamente le sue funzioni, ciascun PUA deve prevedere una dotazione minima e stabile di personale con profili professionali diversi con il compito di garantire accoglienza, ascolto e prevalutazione del bisogno secondo un approccio bio-psico-sociale. Presso ciascun PUA deve essere garantita la dotazione appropriata e stabile di:

- Il Servizio sociale professionale comunale, e altre eventuali professionalità sociali, tramite l'ATS.
- Il Servizio sociale professionale aziendale, e altre eventuali professionalità sanitarie, tramite il Distretto.
- Il servizio infermieristico di comunità.
- Gli adeguati servizi amministrativi e tecnici.
- Eventuali servizi di mediazione linguistico-culturale.

Andranno inoltre garantiti i necessari collegamenti con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e con tutti i presidi presenti nell'ambito territoriale siano essi sanitari che sociali.

Valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con disabilità identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale. Gli strumenti per effettuare la valutazione multidimensionale del bisogno scientificamente validati e, in particolare, quelli concernenti la non autosufficienza, procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria).

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti facenti parte della rete dei servizi (sanitari, educativi, sociali, etc.). Pertanto, è definibile quale funzione valutativa esercitata da un insieme di operatori di aree diverse, finalizzata all'individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica, al fine di definire il setting assistenziale appropriato.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

a) La rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni.
b) La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVM/UVMDD o equipe integrata) formalmente riunita.

Unità di valutazione multidimensionale.

Funzioni.

a) Effettuare la valutazione multidimensionale e multidisciplinare che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi.
b) Elaborare il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA.
c) Individuare l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni.
d) Monitore e verificare i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

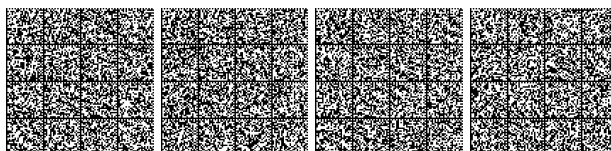
La composizione minima delle Unità di valutazione multidimensionale (che può variare in relazione al bisogno) comprende:

- Il medico di medicina generale, ovvero il pediatra di libera scelta.
- Il medico di distretto.
- L'infermiere di comunità.
- L'assistente sociale dell'ATS.

La composizione minima può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medici specialisti, terapista della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali. Al fine di poter garantire un'effettiva integrazione tra il settore sociale e l'ambito sanitario, l'assistente sociale coinvolto nell'equipe integrata multidisciplinare è individuato dal distretto sociosanitario tra gli assistenti sociali dei comuni afferenti al relativo ambito territoriale. Specularmente, le figure sanitarie, individuate per l'equipe integrata multidisciplinare, sono nominate dal Direttore del distretto sanitario.

Il governo del processo di presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie. La responsabilità del suddetto processo è ricondotta, all'Ufficio Sociosanitario Integrato composto dai Dirigenti di area sociale e sanitaria competenti per il territorio e aventi responsabilità di gestione delle risorse professionali ed economiche per il funzionamento dei servizi integrati.

Piano Assistenziale Individuale.

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) rappresenta la modalità operativa attraverso la quale, all'esito della valutazione multidimensionale, si declina il processo assistenziale. Il Piano Assistenziale Individuale integrato, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge 328/00 su istanza dell'interessato, è predisposto dall'UVM distrettuale in cui deve essere necessariamente presente l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale. La progettazione individuale condivisa con l'utente, declina la natura degli interventi con gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le modalità e i tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi, l'eventuale compartecipazione dell'utente, le verifiche sull'appropriatezza e l'efficacia delle misure attuate, la ricomposizione del quadro degli interventi in atto sulla medesima persona.

Allegato B. Le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato.

Collocazione del PUA.

I comuni e le aziende sanitarie locali istituiscono in ogni ambito territoriale ottimale un punto unico di accesso all'insieme dei servizi stessi (PUA). Le funzioni del PUA, **si collocano nel distretto sociosanitario presso una sede territoriale strategica, ove siano presenti un numero rilevante di servizi sanitari e/o sociali e di funzioni direzionali.** Presso le Casa della Comunità, che si configurano come nodi strategici, di maggiore prossimità e riferimento, in forte connessione funzionale e operativa con tutta la rete sanitaria e sociale del territorio in cui insiste, è prevista tra le funzioni di base la presenza del Punto Unico di Accesso. Qualora in un distretto non sia ancora operativa una Casa della Comunità, il PUA potrà essere ubicato presso altra sede territoriale del distretto sanitario o sociosanitario. Laddove se ne ravvisasse la necessità per motivi demografici e/o territoriali, sarà possibile definire più sedi PUA all'interno dello stesso distretto sociosanitario al fine di realizzare una maggiore prossimità. Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione ed il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali e dai comuni associati nell'ambito territoriale ottimale.

Equipe integrata di ambito.

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. Queste attività sono seguite e alimentate attraverso le funzioni di back-office del PUA; la fase di prima valutazione è svolta in sinergia dalla COT e dal PUA in modo da far gestire alla COT i casi con bisogni non complessi di tipo sanitario e al back-office del PUA i casi con bisogni complessi sanitari e sociali.

Macrofasi	Riferimenti Organizzativi	Professionale	Amministrativo	Contabile	Professionale	Amministrativo	Contabile
A. Accesso	Punto Unico di Accesso Casa della Comunità Presidi Territoriali						
B. Prima Valutazione	Equipe Integrata Centrale Operativa Territoriale						
C. Valutazione Multidimensionale	Equipe Integrata Unità di Valutazione Multidimensionale						
D. Piano Assistenziale Individualizzato (Piano condiviso di sostegno)	Equipe Integrata Servizi ATS Servizi Distretto						
E. Monitoraggio e Valutazione PAP	Sistemi Informativi Piattaforme Integrate Interoperabilità						

Equipe integrata di ambito.

Organizzazione e Dotazioni		Dotazione Sociale			Dotazione Sanitario		
Macrofasi	**Riferimenti Organizzativi**	**Professionale**	**Amministrativo**	**Contabile**	**Professionale**	**Amministrativo**	**Contabile**
A. Accesso	Punto Unico di Accesso Casa della Comunità Presidi Territoriali						
B. Prima Valutazione	Equipe Integrata Centrale Operativa Territoriale						
C. Valutazione Multidimensionale	Equipe Integrata Unità di Valutazione Multidimensionale						
D. Piano Assistenziale Individualizzato (Piano condiviso di sostegno)	Equipe Integrata Servizi ATS Servizi Distretto						
E. Monitoraggio e Valutazione PAP	Sistemi Informativi Piattaforme Integrate Interoperabilità						

In riferimento alla tabella del presente Allegato B, per garantire la funzionalità dell'equipe integrata lungo tutte le macrofasi del processo assistenziali integrato, le parti si impegnano ad assicurare il seguente apporto di risorse professionali, amministrative e contabili (espresse in Tempo Piano Equivalente)

Ambito Territoriale Sociale

- Unità Professionali ……….
- Unità Amministrative ……….
- Unità Contabili …………..

Distretto Sanitario

- Unità Professionali ……….
- Unità Amministrative ……….
- Unità Contabili …………..

Ufficio sociosanitario integrato.

L'ufficio sociosanitario integrato di ambito è coordinato dal Responsabile dell'ATS e dal Direttore del Distretto, coinvolge l'Ufficio di piano e tutte le altre responsabilità organizzative necessarie per lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del processo assistenziale unitario; cura altresì tutti i rapporti necessari con gli organismi distrettuali e aziendali, con gli organismi comunali e con tutti gli altri soggetti coinvolti nella costruzione del sistema dei servizi e delle risposte ai bisogni di salute complessi.

Funzioni:

a) Rilevazione del fabbisogno sociosanitario per l'elaborazione della programmazione e del monitoraggio dei servizi sociosanitari, rispettivamente definiti all'interno del Piano Attuativo Territoriale (PAT) così come nel Piano di Zona sociale.
b) Gestione e il monitoraggio delle risorse per la gestione integrata dei servizi sociosanitari.
c) Responsabilità dei Servizi per l'accesso integrato (sociosanitario) – PUA.
d) Attivazione di Equipe multidisciplinari per le situazioni sociosanitarie complesse o socio-educative-sanitarie complesse.
e) Supervisione dell'andamento dei processi assistenziali integrati di ambito.

Allegato C. Indicazioni per il coordinamento tra LEP sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità.

	Sistema sociale LEPS	**Sistema sanitario LEA**
CURE DOMICILIARI	**Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023** Dimissioni protette Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione	**DPCM 12/01/2017 art. 22** L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.
	L.234/21 art. 1 comma 162 **assistenza domiciliare sociale** quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo	**DPCM 12/01/2017 art. 22** **Cure domiciliari di livello base:** costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1)) inferiore a 0,14;
	L.234/21 art. 1 comma 162 **assistenza sociale integrata con i servizi sanitari**, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria;	**DPCM 12/01/2017 art. 22** **Cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello**: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico -infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un coefficiente intensità assistenziale (CIA) compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso
		DPCM 12/01/2017 art. 22 **Cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello**: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo Medico -infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo Riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso;
		DPCM 12/01/2017 art. 22 **Cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello:** costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi

		medici monouso, dell’assistenza protesica, nonché' dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

ALLEGATO *B*

PIANO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA
ovvero
ATTO DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE
2022-2024

Elementi richiesti e indicazioni per la redazione

1. Il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria

1.1 Il quadro di contesto

- Indicare le norme regionali che disciplinano gli interventi in materia di disabilità, di non autosufficienza delle persone anziane e vita indipendente.
- L'articolo 1 del presente decreto prevede che le regioni adottano il Piano "*nel rispetto e nella valorizzazione delle modalità di confronto con le autonomie locali e favorendo la consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo settore territorialmente rappresentativi in materia di non autosufficienza, e comunque prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità*". Descrivere com'è avvenuto il confronto, la consultazione e il coinvolgimento.

1.2 *L'integrazione socio-sanitaria (art.1 comma 163, lettera a legge di bilancio)*

- Indicare la disciplina regionale attuativa dell'integrazione socio-sanitaria.
- Descrivere specificamente i seguenti aspetti, su cui sono intervenuti norme e indirizzi nazionali:

1.2.1 Ambiti territoriali: L'articolo 1 comma 160 della legge di bilancio prevede che "al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio… *omissis* i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) di cui all'articolo 8 comma 3, lett. a), della legge 8 novembre 2000 n.328, che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, in servizi ed attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23, del D.Lgs. 15 settembre 2017, n. 147
Descrivere le modalità di attuazione dell'impegno della Regione.

1.2.2. ***Punti Unici di Accesso***: L'articolo 1 comma 163 dispone che il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate « Case della comunità ».

Descrivere le modalità di attuazione dell'impegno della Regione e in particolare la costituzione o il rafforzamento dei PUA.

1.2.3 Valutazione multidimensionale: l'articolo 1 comma 163 prevede: ….omissis presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali equipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non

autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie.,

Descrivere l'impegno della Regione. Nella realizzazione del LEPS di processo

1.2.4 Progetto personalizzato: articolo 1 comma 163 omissis…prevede che Sulla base della valutazione dell'UVM con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

2 Le modalità di individuazione dei beneficiari

- L'articolo 3 del DM 26 settembre 2016 stabilisce che "*Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013"* e per le quali sia verificata almeno una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) del medesimo decreto, secondo le scale per la valutazione illustrate negli allegati al medesimo decreto. Indicare i provvedimenti adottati finalizzati all'implementazione regionale della definizione nazionale.
- Come evidenziato nel PNA, "*il Fondo finanzia anche interventi per non autosufficienze «gravi», ad oggi però non meglio specificate a livello nazionale e quindi rimesse nei termini definitori alla programmazione regionale"*. Indicare pertanto i criteri e le modalità per l'individuazione della tipologia di beneficiari in condizione di disabilità grave e descriverne sinteticamente i contenuti. In particolare, specificare se ai fini dell'acceso alle prestazioni è utilizzata una scala di valutazione multidimensionale (es. SVAMA/SVAMDI, SI.D.I., AGED, VALGRAF, ecc.) e l'eventuale ruolo della valutazione delle condizioni economiche.
- L'articolo 1, comma 162 della legge 234/21, individua specificamente tra i benefici dei servizi socio-assistenziali integrati da interventi di natura socio-sanitaria, le persone anziane non autosufficienti, le persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione.
  Indicare pertanto, i criteri e le modalità per l'individuazione di tale tipologia di beneficiari.

3 La descrizione degli interventi e dei servizi programmati

3.1 L'articolo 1, comma 162 prevede che "Fermo restando quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, sono erogati dagli ATS, nelle seguenti aree:

a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello

svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;

b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento pe le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali; frequenza centri diurni e semiresidenziali.

c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.

Descrivere gli interventi previsti distinguendo quelli per le persone in condizione di disabilità gravissima e quelli per anziani non autosufficienti mettendo in evidenza le modalità di realizzazione dei LEPS di erogazione dei servizi di cui alle lettere a-b-c del comma appena citato

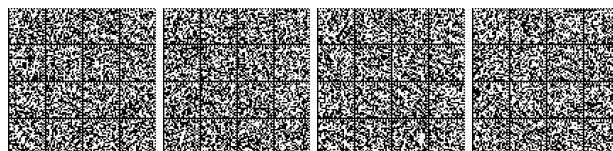
L'art.1, comma 164 prevede che "li ATS garantiscono l'offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162. L'offerta può essere integrata da contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza. Tali contributi sono utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.

Descrivere gli interventi previsti

3.2 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima

Gli interventi previsti per le persone con disabilità gravissima sono condizionati all'ISEE, le soglie di accesso non possono essere inferiori a 50.000 euro, accresciuti a accresciuti a 65 mila in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria;

3.2.1 Assegno di cura e per l'autonomia

Articolo 1, comma 164 della legge di bilancio 234/2021.

L'assegno per l'autonomia deve essere previsto tra gli interventi del PAI e predisposto dall'équipe multidisciplinare. Si inserisce infatti, in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, in cui può ritenersi appropriato erogare assistenza in forma indiretta;

- può essere modulato sulla base di altri servizi inclusi nel progetto personalizzato (ad esempio, la frequenza di centri diurni);
- essere ancorato ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale;
- in assenza di altri servizi, prevedere un trasferimento di almeno 400 euro mensili per 12 mensilità;
- nel corso del triennio, le erogazioni debbono essere progressivamente, sottoposte a rendicontazione o possono essere previsti trasferimenti nella forma di *voucher* o buoni per l'acquisto di servizi.

Descrivere l'intervento previsto specificando i punti di cui sopra.
Evidenziare in particolare i criteri in base ai quali identificare le priorità nell'accesso in caso di risorse non sufficienti, rispetto al livello minimo.

3.2.2 Gli altri interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima: assistenza domiciliare e interventi complementari (ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali)

Descrivere gli interventi eventualmente previsti e il modo in cui si integrano con l'assegno di cura e per l'autonomia.

3.3 ***Gli interventi per le persone in condizione di disabilità grave: anche nella forma di trasferimenti monetari purché inseriti nel progetto personalizzato.***

Descrivere gli interventi previsti.

4 La programmazione delle risorse finanziarie per la realizzazione dei LEPS di erogazione di cui al comma 162 e al comma 164

PNNA 2022-2024 Matrice di Programmazione			Persone Non Autosufficienti			Persone con Disabilità	
			Alto bisogno assistenziale	Basso bisogno assistenziale		Gravissime	Gravi
LEPS di Erogazione	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 Comma 162 Lettera a)			Obiettivi di servizio		
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)					
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)					
	Contributi di cui al comma 164 e						

	sostegno ai soggetti di cui all'art.1, co.255 della legge 205/2017	L. 234/2021 Comma 164			
LEPS di Processo	**Percorso Assistenziale Integrato**	L. 234/2021 Comma 163	Accesso Prima Valutazione Valutazione Complessa PAI Monitoraggio	**Obiettivi di servizio**	
Azioni di Supporto	**Capacitazione ATS**	L. 234/2021 Comma 166			
	Attività di formazione	L. 234/2021 Comma 166			

Totale

Le regioni utilizzano le risorse secondo quanto previsto dall'art.1.co.168, della legge 234/21 al fine di garantire anche interventi a favore di persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima.

5 Il monitoraggio degli interventi

Descrivere il sistema di monitoraggio dei flussi finanziari, dei trasferimenti effettuati, del numero dei beneficiari e delle diverse tipologie d'intervento.

6 Le risorse e gli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle "Linee di indirizzo per Progetti di vita indipendente"

Indicare le risorse destinate ai progetti di vita indipendente, inclusive del cofinanziamento, e gli ambiti selezionati per l'implementazione degli interventi nel triennio. Assicurarsi che il co-finanziamento sia almeno pari al 20% dell'intero progetto. Ripetere la tabella per ciascuna annualità in caso di scelte diverse nel corso del triennio.

Risorse della quota del FNA e co-finanziamento destinate all'implementazione negli Ambiti Territoriali dei progetti di vita indipendente

Risorse FNA	*Co-finanziamento*	*Totale*

Indicazione n. Ambiti aderenti

n.

Denominazione Ambiti Territoriali aderenti

1.
2.
3.

totale

ALLEGATO *C*

MONITORAGGIO DEI FLUSSI

FINANZIARI da inviare per ogni annualità

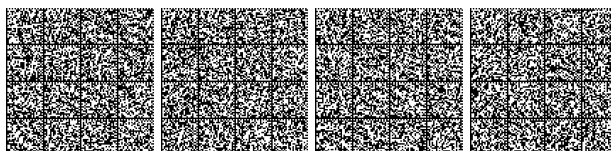
1. **Riparto delle risorse**

Atto che dispone il riparto delle risorse	Numero e data del provvedimento
Indicare i criteri e gli indicatori utilizzati per il riparto agli Ambiti territoriali	
Denominazione dell'ambito territoriale	Importo

2. **Estremi del pagamento quietanzato (numero, data) e importi liquidati**

Denominazione dell'ambito territoriale	Annualità	
	Numero e data del pagamento	Importo

Note

ALLEGATO *D*

RENDICONTAZIONE SULL'UTILIZZO DELLE RISORSE ANNUALITÀ

______ Dal 2021 l'unità di rilevazione è l'ambito territoriale.

1. Risorse erogate per aree prioritarie di intervento

AREE DI INTERVENTO	Persone anziane Non Autosufficienti + 65 anni		Persone con Disabilità		Totale
	Alto bisogno assistenziale	Basso bisogno assistenziale	Gravissime	Gravi	
Art. 1, comma 162 lett. a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria; soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;					
Art. 1, comma 162 lett. b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali; frequenza centri diurni e semiresidenziali.					

Art. 1, comma 162 lett. c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.					
Art. 1, comma 164 Gli ATS garantiscono l'offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162. L'offerta può essere integrata da contributi, diversi dall' indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza.					
Contributi di cui al comma 164 e sostegno ai soggetti di cui all'art.1, co.255 della legge 205/2017					

2. **Risorse erogate per Progetti in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità. (dalla rendicontazione dell'annualità 2019)**

	Importo destinato	Descrizione dell'intervento
Assistente personale		
Abitare in autonomia		
Inclusione sociale e relazionale		
Trasporto sociale		
Domotica		
Azioni di sistema		
Totale		

Descrivere gli interventi suddividendoli per le seguenti aree:

a) Assistente personale: indicare l'area di utilizzo: se presso il domicilio familiare, a supporto dell'housing/co-housing, a sostegno delle attività di inclusione sociale e relazionale, per il trasporto sociale o altro. Specificare se esiste un albo regionale degli assistenti personali.

b) Abitare in autonomia: specificare se l'intervento è rivolto a forme di housing e/o di co-housing sociale.

c) Inclusione sociale e relazionale: indicare la tipologia dell'intervento (attività sportive, culturali, relazionali, di orientamento al lavoro, etc.).

d) Trasporto sociale: indicare la tipologia del servizio, se, cioè, convenzioni con i trasporti pubblici o con i trasporti privati, specificare il coinvolgimento dell'assistente personale e l'eventuale acquisto/noleggio mezzi specializzati.

e) Domotica: specificare gli strumenti previsti

f) Azioni di sistema: descrivere ciascun intervento previsto

ALLEGATO *E*

BENEFICIARI DEGLI INTERVENTI

Rilevare solo i dati delle persone assistite con le risorse nazionali del FNA al 31 dicembre di ciascun anno. L'unità di rilevazione è l'ambito territoriale ai sensi del DM 22 agosto 2019 attuativo del sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali

1.1 Persone assistite, per sesso, classe d'età e tipologia di disabilità

Persone anziane non autosufficienti + 65 anni					
Classi d'età	Alta intensità		Bassa intensità		Tot
	M	F	M	F	
65-74					
75 anni e oltre					
Totale					

Classi di età	**Persone con disabilità**		
	Gravissime	Gravi	Tot
< 18 anni			
18-24			
25-34			
35-44			
55-64			
Totale			

1.2 Persone assistite secondo aree di intervento comma 162 lett. a-b-c e comma 164

Aree di intervento	**Persone anziane**	**Numero persone assistite in condizione di disabilità grave**
a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione		

b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie		
c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie		
Sostegno ai soggetti di cui all'art.1, co.255 della legge 205/2017		

1.3 Numero di persone in condizione di disabilità gravissima assistite nel proprio territorio per tipologia di disabilità

Tipologia di disabilità	Numero di persone in condizione di disabilità gravissima
a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)<=10;	
b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);	
c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)>=4;	
d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;	
e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;	
f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;	
g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;	
h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con	

punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <= 8;	
i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.	

2 Vita indipendente

2.1 Numero di persone inserite in Progetti di vita indipendente

	Persone inserite in progetti di vita indipendente		
Classe d'età	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**
18-24 anni			
25-34 anni			
35-44 anni			
45-54 anni			
55-64 anni			
65 e oltre			
Totale			

Indicare il numero di persone inserite in progetti attivi al 31.12

2.2 Criteri di selezione dei beneficiari inseriti nei Progetti di Vita indipendente

Indicare i criteri di preferenza utilizzati nella selezione dei beneficiari:

Criteri di selezione	**Sì/No**
Limitazioni dell'autonomia	
Condizione familiare	
condizione abitativa e ambientale	
condizione economica della persona con disabilità e della sua famiglia	
Incentivazione dei processi di de-istituzionalizzazione, contrasto alla segregazione e all'isolamento	
Altro (specificare)	

2.3 Numero di beneficiari per aree di intervento

Aree di intervento	Numero
Assistente personale	
Abitare in autonomia	
Inclusione sociale e relazionale	
Trasporto sociale	
Domotica	
Azioni di sistema	

ALLEGATO *F*

Costituzione/Rafforzamento dei PUA

Denominazione ambito territoriale finanziato	Importo finanziamento	Unità personale assunto	Tipo professionalità

22A07023

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

MINISTERO DELL'AGRICOLTURA, DELLA SOVRANITÀ ALIMENTARE E DELLE FORESTE

DECRETO 6 dicembre 2022.

Riconoscimento del Consorzio tutela vini dei Campi Flegrei e Ischia e attribuzione dell'incarico a svolgere le funzioni di promozione, valorizzazione, tutela, vigilanza, informazione del consumatore e cura generale degli interessi di cui all'articolo 41, commi 1 e 4, della legge 12 dicembre 2016, n. 238, per la DOP «Campi Flegrei» e le funzioni di cui all'articolo 41, comma 1, della citata legge per la DOP «Ischia».

IL DIRIGENTE DELLA PQAI IV
DELLA DIREZIONE GENERALE PER LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ AGROALIMENTARE E DELL'IPPICA

Visto il regolamento (UE) n. 1308/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013, recante organizzazione comune dei mercati dei prodotti agricoli e che abroga i regolamenti (CEE) n. 922/72, (CEE) n. 234/79, (CE) n. 1037/2001 e (CE) n. 1234/2007 del Consiglio;

Visto in particolare la parte II, titolo II, capo I, sezione 2, del citato regolamento (UE) n. 1308/2013, recante norme sulle denominazioni di origine, le indicazioni geografiche e le menzioni tradizionali nel settore vitivinicolo;

Visto l'art. 107 del citato regolamento (UE) n. 1308/2013 in base al quale le denominazioni di vini protette in virtù degli articoli 51 e 54 del regolamento (CE) n. 1493/1999 e dell'art. 28 del regolamento (CE) n. 753/2002 sono automaticamente protette in virtù del regolamento (CE) n. 1308/2013 e la Commissione le iscrive nel registro delle denominazioni di origine protette e delle indicazioni geografiche protette dei vini;

Visto il regolamento delegato (UE) n. 2019/33 della Commissione del 17 ottobre 2018 che integra il regolamento (UE) n. 1308/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda le domande di protezione delle denominazioni di origine, delle indicazioni geografiche e delle menzioni tradizionali nel settore vitivinicolo, la procedura di opposizione, le restrizioni dell'uso, le modifiche del disciplinare di produzione, la cancellazione della protezione nonché l'etichettatura e la presentazione;

Visto il regolamento di esecuzione (UE) n. 2019/34 della Commissione del 17 ottobre 2018 recante modalità di applicazione del regolamento (UE) n. 1308/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda le domande di protezione delle denominazioni di origine, delle indicazioni geografiche e delle menzioni tradizionali nel settore vitivinicolo, la procedura di opposizione, le modifiche del disciplinare di produzione, il registro dei nomi protetti, la cancellazione della protezione nonché l'uso dei simboli, e del regolamento (UE) n. 1306/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda un idoneo sistema di controlli;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 concernente «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche» e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la legge 7 luglio 2009, n. 88 recante disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee - legge comunitaria 2008, ed in particolare l'art. 15;

Vista la legge 12 dicembre 2016, n. 238 recante Disciplina organica della coltivazione della vite e della produzione e del commercio del vino;

Visto in particolare l'art. 41 della legge 12 dicembre 2016, n. 238 relativo ai consorzi di tutela per le denominazioni di origine e le indicazioni geografiche protette dei vini, che al comma 12 prevede l'emanazione di un decreto del Ministro con il quale siano stabilite le condizioni per consentire ai Consorzi di tutela di svolgere le attività di cui al citato art. 41;

Visto il decreto ministeriale 18 luglio 2018 recante disposizioni generali in materia di costituzione e riconoscimento dei consorzi di tutela per le denominazioni di origine e le indicazioni geografiche dei vini;

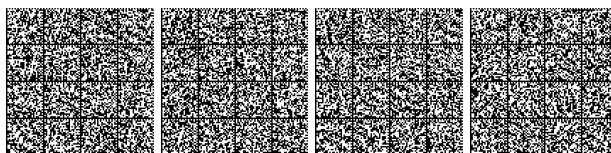
Visto il decreto dipartimentale 12 maggio 2010, n. 7422 recante disposizioni generali in materia di verifica delle attività attribuite ai consorzi di tutela ai sensi dell'art. 14, comma 15, della legge 21 dicembre 1999, n. 526 e dell'art. 17 del decreto legislativo 8 aprile 2010, n. 61;

Visto il decreto dipartimentale del 6 novembre 2012, recante la procedura per il riconoscimento degli agenti vigilatori dei consorzi di tutela di cui alla legge 21 dicembre 1999, n. 526 e al decreto legislativo 8 aprile 2010, n. 61;

Visto il decreto ministeriale 7 novembre 2012 recante la procedura a livello nazionale per la presentazione e l'esame delle domande di protezione delle DOP e IGP dei vini e di modifica dei disciplinari, ai sensi del regolamento (CE) n. 1234/2007 e del decreto legislativo 8 aprile 2010, n. 61;

Viste le linee guida per la predisposizione del programma di vigilanza emanate dall'Ispettorato centrale della tutela della qualità e repressione frodi dei prodotti agro-alimentari, con la nota circolare prot. n. 17898 del 18 ottobre 2018;

Vista l'istanza presentata dal Consorzio tutela vini dei Campi Flegrei e Ischia, con sede legale in Napoli, via Cinta, n. 42, intesa ad ottenere il riconoscimento ai sensi dell'art. 41, comma 1 della legge 12 dicembre 2016, n. 238 ed il conferimento dell'incarico di cui al comma 1 e 4 dell'art. 41 della citata legge per le DOP «Campi Flegrei» ed «Ischia» e per la IGP «Epomeo»;

Considerato che le indicazioni «Campi Flegrei», «Ischia» e «Epomeo» sono state riconosciute a livello nazionale ai sensi della legge n. 238/2016 e che sono indicazioni protette ai sensi dell'art. 107 del citato regolamento (UE) n. 1308;

Verificata la conformità dello statuto del Consorzio tutela vini dei Campi Flegrei e Ischia, alle prescrizioni della legge 12 dicembre 2016, n. 238 e del decreto ministeriale 18 luglio 2018;

Considerato che il Consorzio tutela vini dei Campi Flegrei e Ischia, ha dimostrato la rappresentatività di cui al comma 1 e 4 dell'art. 41 della legge n. 238/2016 per la DOP «Campi Flegrei» e la rappresentatività di cui al comma 1 della citata legge per la DOP «Ischia». Tale verifica è stata eseguita sulla base delle attestazioni rilasciate dall'organismo di controllo, Agroqualità S.p.a., con la nota prot. n. 3303/2022 del 23 novembre 2022 (prot. Masaf n. 602588 del 24 novembre 2022), autorizzato a svolgere l'attività di controllo sulle denominazioni citate;

Considerato che il Consorzio tutela vini dei Campi Flegrei e Ischia a mezzo pec il 29 novembre 2022, ha dichiarato di soprassedere temporaneamente alla richiesta di conferimento dell'incarico a svolgere le funzioni previste dall'art. 41, comma 1 e 4 della legge n. 238/2016 per la IGP «Epomeo»;

Ritenuto pertanto necessario procedere al riconoscimento del Consorzio tutela vini dei Campi Flegrei e Ischia, ai sensi dell'art. 41, comma 1 della legge 12 dicembre 2016, n. 238 ed al solo conferimento dell'incarico a svolgere le funzioni di promozione, valorizzazione, tutela, vigilanza, informazione del consumatore e cura generale degli interessi di cui al citato art. 41, comma 1 e 4 per la DOP «Campi Flegrei» e le funzioni di cui all'art. 41, comma 1, della citata legge per la DOP «Ischia»;

Decreta:

Art. 1.

1. Il Consorzio tutela vini dei Campi Flegrei e Ischia, è riconosciuto ai sensi dell'art. 41, comma 1, della legge 12 dicembre 2016, n. 238 ed è incaricato di svolgere le funzioni previste dall'art. 41, comma 1 e 4 della citata legge per la DOP «Campi Flegrei» e le funzioni di cui all'art. 41, comma 1 per la DOP «Ischia». Tali denominazioni risultano iscritte nel registro delle denominazioni di origine protette e delle indicazioni geografiche protette dei vini di cui all'art. 104 del regolamento (UE) n. 1308/2013.

Art. 2.

1. Lo statuto del Consorzio tutela vini dei Campi Flegrei e Ischia, con sede legale in Napoli, via Cinta, n. 42, è conforme alle prescrizioni della legge 12 dicembre 2016, n. 238 e del decreto ministeriale 18 luglio 2018.

2. Gli atti del Consorzio, dotati di rilevanza esterna, contengono gli estremi del presente decreto di riconoscimento sia al fine di distinguerlo da altri enti, anche non consortili, aventi quale scopo sociale la tutela dei propri associati, sia per rendere evidente che lo stesso è l'unico soggetto incaricato dal Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, allo svolgimento delle funzioni di cui all'art. 41, comma 1 e 4 della legge n. 238/2016 per la DOP «Campi Flegrei» e le funzioni di cui all'art. 41, comma 1, della citata legge per la DOP «Ischia».

Art. 3.

1. Il Consorzio tutela vini dei Campi Flegrei e Ischia, non può modificare il proprio statuto e gli eventuali regolamenti interni senza il preventivo assenso del Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste.

Art. 4.

1. L'incarico conferito con il presente decreto ha durata di tre anni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana del decreto stesso.

2. L'incarico di cui all'art. 1 del presente decreto comporta l'obbligo delle prescrizioni previste nel presente decreto e può essere sospeso con provvedimento motivato ovvero revocato in caso di perdita dei requisiti previsti dalla legge n. 238/2016 e dal decreto ministeriale 18 luglio 2018.

3. L'incarico di cui al citato art. 1 del presente decreto è automaticamente revocato per una o più denominazioni qualora la Commissione europea decida la cancellazione della protezione, ai sensi dell'art. 107, comma 3, del regolamento (UE) n. 1308/2013.

Il presente decreto è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana ed entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione.

Roma, 6 dicembre 2022

Il dirigente: CAFIERO

22A07074

DECRETO 6 dicembre 2022.

Riconoscimento del Consorzio tutela vini Friuli-Venezia Giulia e attribuzione dell'incarico a svolgere le funzioni di promozione, valorizzazione, tutela, vigilanza, informazione del consumatore e cura generale degli interessi di cui all'articolo 41, commi 1 e 4, della legge 12 dicembre 2016, n. 238, per la DOC «Friuli» o «Friuli-Venezia Giulia» o «Furlanjia» o «Furlanjia Julijska».

IL DIRIGENTE DELLA PQAI IV
DELLA DIREZIONE GENERALE PER LA PROMOZIONE
DELLA QUALITÀ AGROALIMENTARE E DELL'IPPICA

Visto il regolamento (UE) n. 1308/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013, recante organizzazione comune dei mercati dei prodotti agricoli e che abroga i regolamenti (CEE) n. 922/72, (CEE) n. 234/79, (CE) n. 1037/2001 e (CE) n. 1234/2007 del Consiglio;

Visto in particolare la parte II, titolo II, capo I, sezione 2, del citato regolamento (UE) n. 1308/2013, recante norme sulle denominazioni di origine, le indicazioni geografiche e le menzioni tradizionali nel settore vitivinicolo;

Visto l'art. 107 del citato regolamento (UE) n. 1308/2013 in base al quale le denominazioni di vini protette in virtù degli articoli 51 e 54 del regolamento

(CE) n. 1493/1999 e dell'art. 28 del regolamento (CE) n. 753/2002 sono automaticamente protette in virtù del regolamento (CE) n. 1308/2013 e la Commissione le iscrive nel registro delle denominazioni di origine protette e delle indicazioni geografiche protette dei vini;

Visto il regolamento delegato (UE) n. 2019/33 della Commissione del 17 ottobre 2018 che integra il regolamento (UE) n. 1308/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda le domande di protezione delle denominazioni di origine, delle indicazioni geografiche e delle menzioni tradizionali nel settore vitivinicolo, la procedura di opposizione, le restrizioni dell'uso, le modifiche del disciplinare di produzione, la cancellazione della protezione nonché l'etichettatura e la presentazione;

Visto il regolamento di esecuzione (UE) n. 2019/34 della Commissione del 17 ottobre 2018 recante modalità di applicazione del regolamento (UE) n. 1308/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda le domande di protezione delle denominazioni di origine, delle indicazioni geografiche e delle menzioni tradizionali nel settore vitivinicolo, la procedura di opposizione, le modifiche del disciplinare di produzione, il registro dei nomi protetti, la cancellazione della protezione nonché l'uso dei simboli, e del regolamento (UE) n. 1306/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda un idoneo sistema di controlli;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 concernente «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche» e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la legge 7 luglio 2009, n. 88 recante disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee - legge comunitaria 2008, ed in particolare l'art. 15;

Vista la legge 12 dicembre 2016, n. 238 recante Disciplina organica della coltivazione della vite e della produzione e del commercio del vino;

Visto in particolare l'art. 41 della legge 12 dicembre 2016, n. 238 relativo ai consorzi di tutela per le denominazioni di origine e le indicazioni geografiche protette dei vini, che al comma 12 prevede l'emanazione di un decreto del Ministro con il quale siano stabilite le condizioni per consentire ai Consorzi di tutela di svolgere le attività di cui al citato art. 41;

Visto il decreto ministeriale 18 luglio 2018, recante disposizioni generali in materia di costituzione e riconoscimento dei consorzi di tutela per le denominazioni di origine e le indicazioni geografiche dei vini;

Visto il decreto dipartimentale 12 maggio 2010, n. 7422 recante disposizioni generali in materia di verifica delle attività attribuite ai consorzi di tutela ai sensi dell'art. 14, comma 15, della legge 21 dicembre 1999, n. 526 e dell'art. 17 del decreto legislativo 8 aprile 2010, n. 61;

Visto il decreto dipartimentale del 6 novembre 2012 recante la procedura per il riconoscimento degli agenti vigilatori dei consorzi di tutela di cui alla legge 21 dicembre 1999, n. 526 e al decreto legislativo 8 aprile 2010, n. 61;

Visto il decreto ministeriale 7 novembre 2012 recante la procedura a livello nazionale per la presentazione e l'esame delle domande di protezione delle DOP e IGP dei vini e di modifica dei disciplinari, ai sensi del regolamento (CE) n. 1234/2007 e del decreto legislativo 8 aprile 2010, n. 61;

Viste le linee guida per la predisposizione del programma di vigilanza emanate dall'Ispettorato centrale della tutela della qualità e repressione frodi dei prodotti agro-alimentari, con la nota circolare prot. n. 17898 del 18 ottobre 2018;

Vista l'istanza presentata dal Consorzio tutela vini Friuli-Venezia Giulia, con sede legale in San Vito al Tagliamento (PN), via Altan, n. 83/3, intesa ad ottenere il riconoscimento ai sensi dell'art. 41, comma 1 della legge 12 dicembre 2016, n. 238 ed il conferimento dell'incarico di cui al comma 1 e 4 dell'art. 41 della citata legge per la DOC «Friuli» o «Friuli-Venezia Giulia» o «Furlanjia» o «Furlanjia Julijska» (di seguito DOC Friuli) e per la IGT «Venezia Giulia»;

Considerato che le indicazioni «Friuli» e «Venezia Giulia» sono state riconosciute a livello nazionale ai sensi della legge n. 238/2016 e che sono indicazioni protette ai sensi dell'art. 107 del citato regolamento (UE) n. 1308;

Verificata la conformità dello statuto del Consorzio tutela vini Friuli-Venezia Giulia, alle prescrizioni della legge 12 dicembre 2016, n. 238 e del decreto ministeriale 18 luglio 2018;

Considerato che il Consorzio tutela vini Friuli-Venezia Giulia, ha dimostrato la rappresentatività di cui al comma 1 e 4 dell'art. 41 della legge n. 238/2016 per la sola DOC «Friuli». Tale verifica è stata eseguita sulla base delle attestazioni rilasciate dall'organismo di controllo, CEVIQ S.r.l. - Certificazione vini e prodotti italiani di qualità, con la nota del 25 novembre 2022 (prot. Masaf n. 605844 del 25 novembre 2022), autorizzato a svolgere l'attività di controllo sulla denominazione citata;

Considerato altresì che dalla verifica effettuata dall'organismo di controllo CEVIQ Srl - Certificazione vini e prodotti italiani di Qualità, con la nota citata, il Consorzio tutela vini Friuli-Venezia Giulia non ha dimostrato di possedere la rappresentatività di cui all'art. 41 della legge n. 238 del 2016 per la IGT «Venezia Giulia»;

Ritenuto pertanto necessario procedere al riconoscimento del Consorzio tutela vini Friuli-Venezia Giulia, ai sensi dell'art. 41, comma 1 della legge 12 dicembre 2016, n. 238 ed al conferimento dell'incarico a svolgere le funzioni di promozione, valorizzazione, tutela, vigilanza, informazione del consumatore e cura generale degli interessi di cui al citato art. 41, comma 1 e 4 per la sola DOC «Friuli»;

Decreta:

Art. 1.

1. Il Consorzio tutela vini Friuli-Venezia Giulia, è riconosciuto ai sensi dell'art. 41, comma 1, della legge 12 dicembre 2016, n. 238 ed è incaricato di svolge-

re le funzioni previste dall'art. 41 comma 1 e 4 della citata legge per la DOC «Friuli». Tale denominazione risulta iscritta nel registro delle denominazioni di origine protette e delle indicazioni geografiche protette dei vini di cui all'art. 104 del regolamento (UE) n. 1308/2013.

Art. 2.

1. Lo statuto del Consorzio tutela vini Friuli-Venezia Giulia, con sede legale in San Vito al Tagliamento (PN), via Altan, n. 83/3, è conforme alle prescrizioni della legge 12 dicembre 2016, n. 238 e del decreto ministeriale 18 luglio 2018.

2. Gli atti del Consorzio, dotati di rilevanza esterna, contengono gli estremi del presente decreto di riconoscimento sia al fine di distinguerlo da altri enti, anche non consortili, aventi quale scopo sociale la tutela dei propri associati, sia per rendere evidente che lo stesso è l'unico soggetto incaricato dal Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, allo svolgimento delle funzioni di cui all'art. 41, comma 1 e 4 della legge n. 238/2016 per la DOC «Friuli».

Art. 3.

1. Il Consorzio tutela vini Friuli-Venezia Giulia, non può modificare il proprio statuto e gli eventuali regolamenti interni senza il preventivo assenso del Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste.

Art. 4.

1. L'incarico conferito con il presente decreto ha durata di tre anni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana del decreto stesso.

2. L'incarico di cui all'art. 1 del presente decreto comporta l'obbligo delle prescrizioni previste nel presente decreto e può essere sospeso con provvedimento motivato ovvero revocato in caso di perdita dei requisiti previsti dalla legge n. 238/2016 e dal decreto ministeriale 18 luglio 2018.

3. L'incarico di cui al citato art. 1 del presente decreto è automaticamente revocato per una o più denominazioni qualora la Commissione europea decida la cancellazione della protezione, ai sensi dell'art. 107, comma 3, del regolamento (UE) n. 1308/2013.

Il presente decreto è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana ed entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione.

Roma, 6 dicembre 2022

Il dirigente: CAFIERO

22A07075

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DECRETO 12 dicembre 2022.

Accertamento delle operazioni di acquisto di titoli di Stato regolati in data 6 dicembre 2022, eseguite ai sensi dell'articolo 48, comma 2, lettera *a)* del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di debito pubblico, a valere sulle disponibilità del Fondo per l'ammortamento dei titoli di Sato.

IL DIRIGENTE GENERALE
DELLA DIREZIONE II DEL DIPARTIMENTO DEL TESORO

Visti gli articoli 44, 45, 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 2003, n. 398, «Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di debito pubblico» (di seguito testo unico), modificato dall'art. 1, comma 387, lettera *d)* e lettera *e)* della legge 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015), nei quali sono previste le norme sostanziali riguardanti: l'istituzione e l'amministrazione del Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato; i conferimenti al Fondo; i criteri e le modalità per l'acquisto dei titoli di Stato; l'estinzione dei titoli detenuti dal Fondo;

Visti, altresì, gli articoli 48, 49, 50, 51 e 52 del citato testo unico, recanti le norme procedurali relative al Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato riguardanti: gli utilizzi del Fondo; gli adempimenti a carico della Banca d'Italia e degli intermediari incaricati; il contenuto dell'incarico alla Banca d'Italia e agli intermediari; le modalità d'asta e gli adempimenti successivi allo svolgimento dell'asta;

Visto in particolare, l'art. 46, in forza del quale i conferimenti al Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato sono impiegati nell'acquisto dei titoli di Stato o nel rimborso dei titoli che vengono a scadere dal 1° gennaio 1995;

Visto l'art. 3 del citato testo unico nel quale si prevede che il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato, in ogni anno finanziario, ad emanare decreti cornice che consentano al Dipartimento del Tesoro, fra l'altro, di procedere, ai fini della ristrutturazione del debito pubblico interno ed esterno, al rimborso anticipato dei titoli;

Visto il decreto ministeriale n. 25952 del 30 dicembre 2021, emanato in attuazione dell'art. 3 del testo unico (di seguito «decreto cornice»), ove si definiscono per l'anno finanziario 2022 gli obiettivi, i limiti e le modalità cui il Dipartimento del Tesoro dovrà attenersi nell'effettuare le operazioni finanziarie di cui al medesimo articolo prevedendo che le operazioni stesse vengano disposte dal direttore generale del Tesoro o, per sua delega, dal direttore della Direzione seconda del Dipartimento medesimo e che, in caso di assenza o impedimento di quest'ultimo, le operazioni predette possano essere disposte dal medesimo direttore generale del Tesoro, anche in presenza di delega continuativa;

Visto il decreto ministeriale n. 61204 del 6 luglio 2022, concernente la «Cessazione dell'efficacia del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze n. 43044 del

5 maggio 2004, recante "Disposizioni in caso di ritardo nel regolamento delle operazioni di emissione, concambio e riacquisto di titoli di Stato"»;

Visto il regolamento (UE) n. 909/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 luglio 2014, relativo al miglioramento del regolamento titoli nell'Unione europea e ai depositari centrali di titoli e recante modifica delle direttive 98/26/CE e 2014/65/UE e del regolamento (UE) n. 236/2012, come successivamente integrato dal regolamento delegato (UE) n. 2017/389 della Commissione dell'11 novembre 2016 per quanto riguarda i parametri per il calcolo delle penali pecuniarie per mancati regolamenti e le operazioni dei depositari centrali di titoli (CSD) negli Stati membri ospitanti e dal regolamento delegato (UE) n. 2018/1229 della Commissione del 25 maggio 2018 per quanto riguarda le norme tecniche di regolamentazione sulla disciplina del regolamento, come modificato dal regolamento delegato (UE) n. 2021/70 della Commissione con riferimento all'entrata in vigore dello stesso;

Vista la convenzione stipulata tra il Ministero dell'economia e delle finanze e la Cassa depositi e prestiti S.p.a. (CDP S.p.a.) in data 30 dicembre 2014, con la quale sono definite le modalità per la gestione del Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato, ed il successivo decreto del Dipartimento del Tesoro DT n. 3513 del 19 gennaio 2015 con il quale è stata approvata e resa esecutiva la convenzione stessa;

Vista la nuova convenzione stipulata tra il Ministero dell'economia e delle finanze e la CDP S.p.a. in data 20 dicembre 2019 che stabilisce le condizioni e le modalità per la gestione del suddetto Fondo ammortamento, ed il successivo decreto del Dipartimento del Tesoro n. 3897 del 20 gennaio 2020 con il quale è stata approvata e resa esecutiva la suddetta nuova convenzione;

Visto l'accordo n. 96115 del 30 novembre 2022 con il quale, ai sensi dell'art. 48, comma 2, lettera *a)* del testo unico, è stato conferito l'incarico per eseguire operazioni di acquisto di titoli di Stato mediante l'impiego delle disponibilità del Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato;

Vista la propria disposizione DT n. 96853 del 2 dicembre 2022 con la quale si chiede a CDP di autorizzare Banca d'Italia a prelevare dal conto del Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato l'importo complessivo di euro 1.389.007.370,00;

Vista la nota n. 1836984/22 del 6 dicembre 2022 con cui la Banca d'Italia ha trasmesso a questa direzione il dettaglio delle predette operazioni di acquisto e ha comunicato di aver provveduto a contabilizzare a debito del conto «Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato» gli importi derivanti da tali operazioni;

Vista la determinazione n. 73155 del 6 settembre 2018 del direttore generale del Tesoro, con la quale il direttore della Direzione seconda del Dipartimento del Tesoro è delegato alla firma dei decreti ed atti relativi alle operazioni indicate nell'art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica n. 398/2003;

Visto, in particolare, l'art. 52, comma 1 del testo unico, il quale prevede che con successivo decreto si provvede ad accertare la specie e gli importi dei titoli effettivamente ritirati dal mercato;

Decreta:

Art. 1.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 52, comma 1 del testo unico citato nelle premesse si accerta che, a seguito delle operazioni di acquisto a valere sulle disponibilità del Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato di cui alle premesse, con data di regolamento 6 dicembre 2022, sono stati ritirati dal mercato i titoli di seguito specificati per i seguenti importi:

a) buoni del Tesoro poliennali 0,95% 1° marzo 2018 - 1° marzo 2023 codice titolo IT0005325946: importo nominale acquistato euro 900.000.000,00 per un controvalore totale pari a euro 900.332.370,00, di cui euro 2.267.370,00 relativi a novantasei giorni di dietimi di interesse;

b) buoni del Tesoro poliennali 0,00% 28 gennaio 2022 - 29 novembre 2023 codice titolo IT0005482309: importo nominale acquistato euro 500.000.000,00 per un controvalore totale pari a euro 488.675.000,00.

Art. 2.

La consistenza del debito è ridotta dell'ammontare corrispondente al valore nominale dei titoli di cui ai punti *a)*, *b)* dell'art. 1 del presente decreto, pari a complessivi euro 1.400.000.000,00.

La consistenza dei citati prestiti, a seguito della predetta operazione di riacquisto, è la seguente:

importo nominale in circolazione:

BTP 0,95% 1° marzo 2018 - 1° marzo 2023 (IT0005325946) 15.767.500.000,00;

BTP 0,00% 28 gennaio 2022 - 29 novembre 2023 (IT0005482309) 13.108.117.000,00.

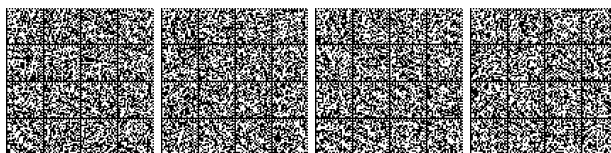
Art. 3.

Il costo delle operazioni addebitate al conto «Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato» il giorno 6 dicembre 2022, data di regolamento dell'operazione di acquisto, ammonta a complessivi euro 1.389.007.370,00.

Il presente decreto viene pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 12 dicembre 2022

Il dirigente generale: IACOVONI

22A07127

DECRETO 12 dicembre 2022.

Accertamento dei quantitativi dei titoli emessi e dei titoli annullati a seguito dell'operazione di concambio del 28 novembre 2022, dei relativi prezzi di emissione e di scambio e del capitale residuo circolante.

IL DIRETTORE GENERALE
DEL TESORO

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 2003, n. 398, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di debito pubblico e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il decreto ministeriale 30 dicembre 2021, n. 25952 contenente «Direttive per l'attuazione di operazioni finanziarie, ai sensi dell'art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 2003, n. 398»;

Visto il decreto ministeriale n. 61204 del 6 luglio 2022, concernente la «Cessazione dell'efficacia del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze n. 43044 del 5 maggio 2004, recante "Disposizioni in caso di ritardo nel regolamento delle operazioni di emissione, concambio e riacquisto di titoli di Stato"»;

Visto il regolamento (UE) n. 909/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 luglio 2014, relativo al miglioramento del regolamento titoli nell'Unione europea e ai depositari centrali di titoli e recante modifica delle direttive 98/26/CE e 2014/65/UE e del regolamento (UE) n. 236/2012, come successivamente integrato dal regolamento delegato (UE) n. 2017/389 della Commissione dell'11 novembre 2016 per quanto riguarda i parametri per il calcolo delle penali pecuniarie per mancati regolamenti e le operazioni dei depositari centrali di titoli (CSD) negli Stati membri ospitanti e dal regolamento delegato (UE) n. 2018/1229 della Commissione del 25 maggio 2018 per quanto riguarda le norme tecniche di regolamentazione sulla disciplina del regolamento, come modificato dal regolamento delegato (UE) n. 2021/70 della Commissione con riferimento all'entrata in vigore dello stesso;

Vista la determinazione n. 73155 del 6 settembre 2018 del direttore generale del Tesoro, con la quale il direttore della Direzione seconda del Dipartimento del Tesoro è delegato alla firma dei decreti ed atti relativi alle operazioni indicate nell'art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica n. 398/2003;

Visto il decreto ministeriale n. 94699 del 28 novembre 2022 con il quale si è provveduto, in data 28 novembre 2022, all'emissione della prima *tranche* dei B.T.P 3,40% 30.11.2022/01.04.2028 da destinare ad operazioni di concambio, mediante scambio di titoli in circolazione con titoli di nuova emissione;

Visto che sui C.C.T.eu 15/12/2023 (IT0005399230) nominali euro 49.434.000,00 sono stati regolati in ritardo rispetto alla data prefissata (30 novembre 2022) e cioè il primo giorno utile successivo (1° dicembre 2022);

Visto in particolare l'art. 7 del predetto decreto 30 dicembre 2021, che dispone l'accertamento dell'esito delle operazioni di gestione del debito pubblico;

Decreta:

Art. 1.

A fronte dell'emissione di BTP 3,40% 30.11.2022/01.04.2028 cod. IT0005521981 per l'importo nominale di euro 5.000.000.000,00 al prezzo di aggiudicazione di euro 99,380 sono stati riacquistati i seguenti titoli:

CCTeu 15.07.2023 cod. IT0005185456 per nominali euro 659.498.000,00 al prezzo di euro 100,360;

BTP 0,65% 15.10.2023 cod. IT0005215246 per nominali euro 235.799.000,00 al prezzo di euro 98,413;

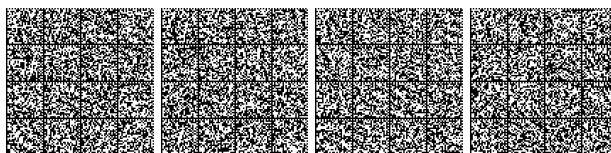
BTP 0,00% 29.11.2023 cod. IT0005482309 per nominali euro 1.304.618.000,00 al prezzo di euro 97,525;

CCTeu 15.12.2023 cod. IT0005399230 per nominali euro 823.576.000,00 al prezzo di euro 100,517, di cui euro 49.434.000,00 regolati in ritardo (1° dicembre 2022) rispetto alla data di regolamento (30 novembre 2022);

CCTeu 15.04.2025 cod. IT0005311508 per nominali euro 1.941.883.000,00 al prezzo di euro 101,700.

Art. 2.

La consistenza dei citati prestiti, a seguito dell'operazione di concambio effettuata il 28 novembre 2022 (regolamento 30 novembre 2022), è la seguente:

titolo emesso		Importo nominale in circolazione
BTP 3,40% 30.11.2022/01.04.2028	(IT0005521981)	5.000.000.000,00
titoli riacquistati		
CCTeu 15.01.2016/15.07.2023	(IT0005185456)	11.764.111.000,00
BTP 0,65% 15.09.2016/15.10.2023	(IT0005215246)	17.233.201.000,00
BTP 0,00% 28.01.2022/29.11.2023	(IT0005482309)	13.608.117.000,00
CCTeu 15.12.2019/15.12.2023	(IT0005399230)	9.064.912.000,00
CCTeu 15.10.2017/15.04.2025	(IT0005311508)	16.814.842.000,00

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 12 dicembre 2022

p. Il direttore generale del Tesoro: IACOVONI

22A07128

MINISTERO DELLE POLITICHE AGRICOLE ALIMENTARI E FORESTALI

DECRETO 19 ottobre 2022.

Intervento a sostegno delle aziende avicole italiane, che hanno subìto danni indiretti dalle misure sanitarie di restrizione alla movimentazione di prodotti avicoli e volatili vivi nel periodo 1° gennaio - 31 maggio 2022.

IL MINISTRO DELLE POLITICHE AGRICOLE ALIMENTARI E E FORESTALI

Visto l'art. 107 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea ed in particolare il comma 3, lettera *c)*;

Visto il regolamento (UE) n. 1308/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 dicembre 2013, recante organizzazione comune dei mercati dei prodotti agricoli e che abroga i regolamenti (CEE) n. 922/72, (CEE) n. 234/79, (CE) n. 1037/2001 e (CE) n. 1234/2007 del Consiglio, in particolare l'art. 220;

Visto il regolamento (UE) n. 1407/2013 relativo ai contributi in regime «*de minimis*» concessi dallo Stato;

Visto il regolamento (UE) n. 702/2014 della Commissione, del 25 giugno 2014, che dichiara compatibili con il mercato interno, in applicazione degli articoli 107 e 108 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea, alcune categorie di aiuti nei settori agricolo e forestale e nelle zone rurali e che abroga il regolamento della Commissione (CE) n. 1857/2006 (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* serie L n. 193 del 1° luglio 2014, pag. 1), e successive modifiche, in particolare l'art. 26;

Visti gli orientamenti dell'Unione europea per gli aiuti di Stato nei settori agricolo e forestale e nelle zone rurali 2014 - 2020 (pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* 2014/C 204/01);

Visto il regolamento (UE) n. 2016/429 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2016, relativo alle malattie animali trasmissibili e che modifica e abroga taluni atti in materia di sanità animale («normativa in materia di sanità animale») in particolare l'art. 259, comma 1, lettera *c)*;

Visto il regolamento delegato (UE) n. 2020/687 della Commissione del 17 dicembre 2019 che integra il regolamento (UE) n. 2016/429 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda le norme relative alla prevenzione e al controllo di determinate malattie elencate;

Visto il regolamento delegato (UE) n. 2020/689 della Commissione del 17 dicembre 2019 che integra il regolamento (UE) n. 2016/429 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda le norme relative alla sorveglianza, ai programmi di eradicazione e allo status di indenne da malattia per determinate malattie elencate ed emergenti;

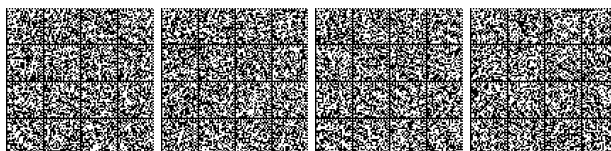
Visto il regolamento (UE) n. 2021/2115 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 2 dicembre 2021 recante norme sul sostegno ai piani strategici che gli Stati membri devono redigere nell'ambito della politica agricola comune (piani strategici della PAC) e finanziati dal Fondo europeo agricolo di garanzia (FEAGA) e dal Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale (FEASR) e che abroga i regolamenti (UE) n. 1305/2013 e (UE) n. 1307/2013;

Visto il regolamento (UE) n. 2021/2116 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 2 dicembre 2021, sul finanziamento, sulla gestione e sul monitoraggio della politica agricola comune e che abroga il regolamento (UE) n. 1306/2013;

Vista la decisione di esecuzione (UE) n. 2021/2310 della Commissione del 21 dicembre 2021 che modifica l'allegato della decisione di esecuzione (UE) n. 2021/641 relativa a misure di emergenza in relazione a focolai di influenza aviaria ad alta patogenicità in alcuni Stati membri;

Vista la comunicazione della Commissione europea 2008/C 14/02, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea n. C14 del 19 gennaio 2008, relativa alla revisione del metodo di fissazione dei tassi di riferimento e di attualizzazione;

Visto il decreto legislativo 25 gennaio 2010, n. 9 riguardante l'attuazione della direttiva 2005/94/CE relativa a misure comunitarie di lotta contro l'influenza aviaria e che abroga la direttiva 92/40/CEE;

Visto il decreto ministeriale del 25 giugno 2010 e relativo «Allegato A» che riguarda le misure di prevenzione, controllo e sorveglianza del settore avicolo rurale;

Vista la legge 24 dicembre 2012, n. 234, recante «Norme generali sulla partecipazione dell'Italia alla formazione e all'attuazione della normativa e delle politiche dell'Unione europea» e, in particolare, l'art. 52 (Registro nazionale degli aiuti di Stato);

Visto il decreto legislativo 21 maggio 2018, n. 74, così come modificato ed integrato dal decreto legislativo 4 ottobre 2019, n. 116, recante «Riorganizzazione dell'Agenzia per le erogazioni in agricoltura - AGEA e per il riordino del sistema dei controlli nel settore agroalimentare, in attuazione dell'art. 15 della legge 28 luglio 2016, n. 154»;

Vista la legge di bilancio 30 dicembre 2021, n. 234 (pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana - n. 310 del 31 dicembre 2021 - Supplemento ordinario n. 49), che all'art. 1, comma 528, così come modificato dall'art. 26-*quater*, comma 1, del decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2022, n. 25, prevede che una quota non inferiore a 40 milioni di euro dello stanziamento previsto, per l'anno 2022, dall'autorizzazione di spesa di cui all'art. 1, comma 128, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 (capitolo di spesa n. 7098 pg 01), è destinata a misure in favore della filiera delle carni derivanti da polli, tacchini, conigli domestici, lepri e altri animali vivi destinati all'alimentazione umana nonché delle uova di volatili in guscio, fresche e conservate, fermo restando quanto previsto dall'art. 1, commi 128 e 129, della legge n. 178 del 2020. Le risorse di cui al presente comma sono impiegate prioritariamente per interventi in favore degli operatori della filiera avicola danneggiati dal blocco della movimentazione degli animali e delle esportazioni di prodotti trasformati a seguito dell'influenza aviaria degli anni 2021 e 2022;

Preso atto dell'esistenza, nell'ambito dello stanziamento complessivo del capitolo di spesa n. 7098 pg. 01, della quota non inferiore a 40 milioni di euro per l'anno 2022, così come previsto dall'art. 1, comma 528, della legge n. 234 del 2021 e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto il decreto del Ministro dello sviluppo economico 31 maggio 2017, n. 115, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana - Serie generale - n. 175 del 28 luglio 2017, recante «Regolamento recante la disciplina per il funzionamento del Registro nazionale degli aiuti di Stato, ai sensi dell'art. 52, comma 6, della legge 24 dicembre 2012, n. 234 e successive modifiche e integrazioni» e, in particolare, l'art. 6 «Aiuti nei settori agricoltura e pesca» e l'art. 9 «registrazione degli aiuti individuali»;

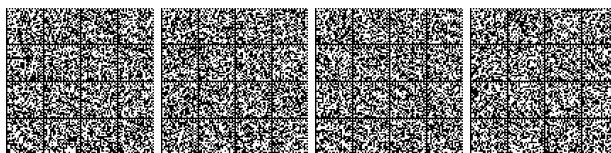
Viste le note emanate dal Ministero della salute, a partire da quella del 22 ottobre 2021 con prot.n. 27237 e successivi aggiornamenti della stessa, aventi come oggetto i focolai di influenza aviaria H5N1 ad alta patogenicità e che hanno determinato anche l'istituzione delle Zone di ulteriore restrizione (ZUR), determinate con l'attività di monitoraggio territoriale effettuate secondo quanto previsto dal piano d'azione programmato dai Servizi veterinari nazionali, regionali con il supporto dell'Istituto zooprofilattico delle Venezie;

Visto il piano pubblico di controllo e eradicazione dell'influenza aviaria consultabile al link https://www.izsvenezie.it/documenti/temi/influenza-aviaria//piani-sorveglianza/piano-nazionale-influenza-aviaria-2021.pdf

Visto il decreto del Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali n. 216437 del 12 maggio 2022 relativo a «Intervento a sostegno delle aziende avicole italiane, che hanno subìto danni indiretti dalle misure sanitarie di restrizione alla movimentazione di prodotti avicoli e volatili vivi nel periodo 23 ottobre - 31 dicembre 2021», che dispone l'impiego per il medesimo periodo di euro 30.000.000 (trentamilioni/00) di cui all'art. 1, comma 528, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e successive modificazioni ed integrazioni a sostegno delle aziende avicole che hanno subìto danni indiretti per l'adozione di misure di prevenzione, eradicazione e contenimento dell'epidemia di influenza aviaria;

Considerato che per gli imprenditori del settore avicolo, le misure di contenimento e restrizione sanitaria conseguenti all'epidemia di influenza aviaria, si sono protratte oltre il periodo del 31 dicembre 2021, termine stabilito dal decreto del Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali n. 216437 del 12 maggio 2022, ovvero sino al 31 maggio 2022 compreso, prevedendo di conseguenza tutte le limitazioni imposte dal caso, quali l'abbattimento degli animali, il fermo di impresa, l'impossibilità di commercializzare il prodotto secondo i normali canali commerciali e altre tipologie di danno indiretto;

Considerato che per gli imprenditori del settore avicolo è necessario poter ristabilire in breve tempo la produzione e far fronte alla crisi derivata dai focolai di influenza aviaria ad alta patogenicità H5N1 e che pertanto occorre definire un livello minimo del finanziamento, erogabile a titolo di parziale sostegno dei danni indiretti da correlare all'attività d'impresa per il periodo di restrizione sanitaria alla movimentazione di prodotti avicoli e volatili vivi nel periodo 1° gennaio - 31 maggio 2022;

Preso atto altresì che le organizzazioni di rappresentanza del settore avicolo hanno manifestato la necessità e l'urgenza di prevedere interventi di sostegno economico anche per le aziende della filiera le quali, benché non ubicate all'interno delle zone di restrizione sanitarie, hanno comunque subito, nel periodo 23 ottobre 2021 - 31 maggio 2022, danni indiretti e indipendenti dalla loro volontà nel programmare, gestire e trasportare gli avicoli di loro produzione verso le aziende colpite dalle misure sanitarie restrittive di polizia veterinaria situate nelle zone focolaio di influenza aviaria;

Ritenuto pertanto necessario accogliere le motivate e circostanziate istanze su esposte avanzate dalle organizzazioni di rappresentanza del settore avicolo in quanto ricadenti nel quadro generale degli interventi di sostegno economico a favore delle aziende avicole italiane che hanno subìto danni indiretti dalle misure sanitarie di restrizione alla movimentazione di prodotti avicoli e volatili vivi nel periodo 23 ottobre - 31 maggio 2022;

Vista la circolare del Presidente del Consiglio dei ministri con prot. USG - 0006090 P-1.1. del 21 luglio 2022, emanata a seguito delle dimissioni dell'esecutivo e dello scioglimento anticipato delle Camere, nella quale si richiama l'impegno del Governo al disbrigo degli affari correnti, ivi compresi l'adozione di atti amministrativi e regolamentari urgenti;

Considerato che il presente provvedimento è conforme a quanto dispone la sopracitata circolare del Presidente del Consiglio dei ministri;

Acquisita l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sancita nella seduta del 28 settembre 2022;

Decreta:

Articolo unico

1. Si dispone, in continuità con quanto previsto dal decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali n. 216437 del 12 maggio 2022, il finanziamento di un ulteriore intervento di euro 10.000.000 (diecimilioni/00) per l'anno 2022, ai sensi dell'art. 1, comma 528 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, così come modificato dall'art. 26-*quater*, comma 1, del decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2022, n. 25, destinato al sostegno delle imprese della filiera avicola, impegnate nella produzione agricola primaria e della trasformazione, interessate dalle misure veterinarie e di polizia sanitaria e ubicate nelle zone regolamentate indicate dalle norme sanitarie unionali e nazionali, nel periodo compreso fra il 1° gennaio e il 31 maggio 2022.

2. Il finanziamento, di cui al comma 1, è erogato alle imprese della filiera avicola, impegnate nella produzione agricola primaria e della trasformazione, così come identificate nel succitato decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali n. 216437 del 12 maggio 2022 e con le risorse appostate sul capitolo di spesa n. 7098 pg. 01, per l'anno 2022.

3. Si dispone altresì, in ragione di quanto rappresentato in premessa, di includere nel quadro degli interventi economici di sostegno al comparto avicolo, anche quelle aziende che, seppur non ubicate nelle aree sottoposte a restrizione sanitarie per la movimentazione di prodotti avicoli e volatili vivi, hanno comunque subito danni indiretti e indipendenti dalla loro volontà nel programmare, gestire e trasportare gli avicoli di loro produzione verso le aziende situate invece nelle zone focolaio di influenza aviaria, per il periodo 23 ottobre 2021 - 31 maggio 2022, nonché gli incubatoi ubicati sia nelle aree sottoposte a restrizione sanitaria sia nelle zone focolaio di influenza aviaria, per il periodo 23 ottobre 2021 - 31 maggio 2022.

4. Ai fini dell'attuazione del presente decreto, si fa riferimento a quanto già determinato e regolamentato nel decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali n. 216437 del 12 maggio 2022, compresa la Tabella A aggiornata ai punti 2), 4), per quanto riportato al precedente comma 3, che ne costituisce parte integrante; analogamente, si fa riferimento al menzionato decreto per quanto attiene l'attività di AGEA e degli organismi pagatori territorialmente competenti e i relativi obblighi di trasparenza.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Corte dei conti per la registrazione e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 19 ottobre 2022

Il Ministro: PATUANELLI

Registrato alla Corte dei conti il 2 dicembre 2022
Ufficio di controllo sugli atti del Ministero dello sviluppo economico, del Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali e del turismo, reg. n. 1197

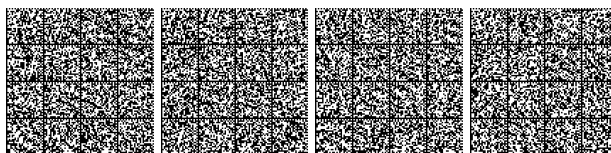



TABELLA "A"

Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali

PROSPETTO DANNI INDIRETTI nel periodo 01/01/2022- 31/05/2022 (* *)

TIPO DI INTERVENTO	SPECIE	TIPO DI IMPRESA			COEFFICIENTI DI INDENNIZZO UNITARIO/CAPO (o uovo) IN €	DANNO UNITARIO
1. Distruzione uova da cova						
	Riproduttori quaglie	Allevamento da riproduzione			0,072	0,0720
	Tacchino	Incubatoio			0,263	1,0500
	Tacchino	Allevamento da riproduzione			0,263	1,0500
	Riproduttori pollo	Allevamento da riproduzione			0,066	0,2655
	Riproduttori pollo	Incubatoio			0,066	0,2655
2. Trasformazione delle uova da cova in ovoprodotti						
	Riproduttori pollo	Allevamento da riproduzione/incubatoio			0,054	0,2150
	Riproduttori ovaiole	Allevamento da riproduzione/incubatoio			0,054	0,2150
3. Trasformazione delle uova da consumo in ovoprodotti						
	galline ovaiole NC 0105 94 00	Allevamento Bio			0,016	0,0640
	galline ovaiole	Allevamento a terra			0,015	0,0590
	galline ovaiole	allevamento all'aperto			0,019	0,0750
	galline ovaiole	allevamento in gabbia			0,011	0,0440
4. Soppressione dei pulcini						
	Tacchinotti maschi	Allevamento da Ingrasso/incubatoi			0,500	2,0000
	Tacchinotti femmina	Allevamento da Ingrasso/incubatoi			0,275	1,1000
	Pulcino da carne	incubatoio			0,114	0,4550
	Pulcini di ovaiola	incubatoio			0,183	0,7330
	Pulcini di 1 giorno rurali	incubatoio			0,172	0,6880
TIPO DI INTERVENTO	**SPECIE**	**TIPO DI IMPRESA**			**COEFFICIENTI DI INDENNIZZO UNITARIO/CAPO (o uovo) IN €**	**DANNO UNITARIO**
5. Macellazione anticipata riproduttori			Valore uova cova prodotte a settimana	numero di settimane di allevamento perse		
	Riproduttori broilers	Allevamento da riproduzione	0,095	X	"=AxB"	0,3800
	Riproduttori tacchino	Allevamento da riproduzione	0,593	X	"=AxB"	2,3700
	Riproduttori ovaiole	Allevamento da riproduzione	0,318	X	"=AxB"	1,2710
	Riproduttori fagiani	Allevamento da riproduzione	0,228	X	"=AxB"	0,2280
	Riproduttori quaglie	Allevamento da riproduzione	0,228	X	"=AxB"	0,2280

6. Prolungamento vuoto sanitario/Mancato accasamento			A (*)	B		
			numero di settimane di allevamento perse			
	Galline ovaiole consumo	Svezzamento pollastra	X	0,023	"=AxB"	0,0900
	Galline ovaiole consumo	Svezzamento pollastra "a terra"	X	0,025	"=AxB"	0,1000
	Galline ovaiole consumo	Deposizione in gabbia	X	0,040	"=AxB"	0,1600
	Galline ovaiole consumo	Deposizione a terra	X	0,053	"=AxB"	0,2100
	Broiler	Ingrasso	X	0,030	"=AxB"	0,1200
	Polli Golden/Rurali	Ingrasso	X	0,090	"=AxB"	0,3600
	Faraone	Ingrasso	X	0,083	"=AxB"	0,3300
	Anatre	Ingrasso	X	0,121	"=AxB"	0,4830
	Capponi	Ingrasso	X	0,051	"=AxB"	0,2040
	Tacchini femmina	Ingrasso	X	0,072	"=AxB"	0,2890
	Tacchini maschi	Ingrasso	X	0,118	"=AxB"	0,4700
	Tacchini misti	Ingrasso	X	0,095	"=AxB"	0,3795
	Pollo Biologico	Ingrasso	X	0,081	"=AxB"	0,3230
	Tacchini Biologici	Ingrasso	X	0,176	"=AxB"	0,7040
	Piccioni	Ingrasso	X	0,122	"=AxB"	0,1220
	Quaglie	Ingrasso	X	0,073	"=AxB"	0,0730
TIPO DI INTERVENTO	***SPECIE***	***TIPO DI IMPRESA***			***COEFFICIENTI DI INDENNIZZO UNITARIO/CAPO (o uovo) IN €***	***DANNO UNITARIO***
7. Maggiori costi di produzione per prolungato accasamento (blocco trasferimento)			A (*)	B		
			numero di settimane di prolungato allevamento			
	Broilers	ingrasso	X	0,071	"=AxB"	0,2850
	Polli rurali	ingrasso	X	0,071	"=AxB"	0,2850
	Polli Golden	ingrasso	X	0,089	"=AxB"	0,3560
	faraone	ingrasso	X	0,052	"=AxB"	0,2060
mancata vendita x blocco trasferimento	capponi	ingrasso	X	0,051	"=AxB"	0,2030
mancata vendita x blocco trasferimento	pollastre	svezzamento	X	0,065	"=AxB"	0,2600
*	Pollo Biologico	ingrasso	X	0,159	"=AxB"	0,6360
	Tacchini Biologici	ingrasso	X	0,248	"=AxB"	0,9930
	Tacchini femmina	ingrasso	X	0,166	"=AxB"	0,6620
	Tacchini maschi	ingrasso	X	0,264	"=AxB"	1,0550
	Fagiani	da ripopolamento			**16,54**	
	Starne	da ripopolamento			**10,50**	
	Quaglie	da ripopolamento			**2,00**	
	Piccioni	ingrasso	X	0,122	"=AxB"	0,1220
	Pernici	da ripopolamento			**2,00**	

8. Perdita di valore per vendita anticipata o posticipata di animali fuori standard						
	Tacchini-Polli-Polli bio-Pulcini-Capponi-Pollastre-Faraone-Polli rurali-	Tutte le imprese avicole			Secondo accertamenti AGEA	
9. Perdita di valore per il congelamento della la carne avicola fresca.						
	Tutte le specie avicole	Imprese di macellazione/trasformazione avicola			Secondo accertamenti AGEA	
10. Riduzione dell'attività di macellazione/trasformazione /classificazione e imballaggio delle uova.	Tutte le specie avicole	Imprese di macellazione/trasformazione avicola/centri imballaggio uova			Secondo accertamenti AGEA	
11. Soppressione pollastre	Gallus	allevamento ovaiole			Secondo accertamenti AGEA	
12. Perdita di valore per la carne avicola fresca e la carne avicola sottoposta a trattamento termico	Tutte le specie avicole	Imprese di macellazione/trasformazione avicola			Secondo accertamenti AGEA	
(*) il numero delle settimane va calcolato (nel caso di danno n. 6) dividendo per 7 il numero dei giorni di fermo prolungato ai quali sono stati precedentemente sottratti i gg di fermo sanitario obbligatorio.						
(* *) per le aziende non ubicate nelle aree sottoposte a restrizioni sanitarie, di cui all'art. unico, comma 3, il periodo da prendere in considerazione è 23 ottobre 2021 - 31 maggio 2022						

22A07073

DECRETI E DELIBERE DI ALTRE AUTORITÀ

COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E LO SVILUPPO SOSTENIBILE

DELIBERA 2 agosto 2022.

Tangenziale di Napoli S.p.a. - Autostrada A56 - Parere sulla proposta di aggiornamento del piano economico-finanziario e relativo schema di atto aggiuntivo per il periodo regolatorio 2019-2023, ai sensi dell'articolo 43 del decreto-legge n. 201 del 2011. (Delibera n. 27/2022).

IL COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E LO SVILUPPO SOSTENIBILE

Vista la legge 27 febbraio 1967, n. 48, recante «Attribuzioni e ordinamento del Ministero del bilancio e della programmazione economica e istituzione del Comitato dei Ministri per la programmazione economica» e, in particolare, l'art. 16, concernente l'istituzione e le attribuzioni del Comitato interministeriale per la programmazione economica, di seguito CIPE, nonché le successive disposizioni legislative relative alla composizione dello stesso Comitato, e, in particolare, il decreto-legge 14 ottobre 2019, n. 111, recante «Misure urgenti per il rispetto degli obblighi previsti dalla direttiva 2008/50/CE sulla qualità dell'aria e proroga del termine di cui all'art. 48, commi 11 e 13, del decreto-legge 17 ottobre 2016, n. 189, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 dicembre 2016, n. 229», convertito, con modificazioni, dalla legge 12 dicembre 2019, n. 141, il quale all'art. 1-*bis* ha previsto che dal 1° gennaio 2021, per «rafforzare il coordinamento delle politiche pubbliche in vista del perseguimento degli obiettivi in materia di sviluppo sostenibile indicati dalla risoluzione A/70/L.I adottata dall'Assemblea generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite il 25 settembre 2015», il CIPE assuma «la denominazione di Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile» e che «a decorrere dalla medesima data… in ogni altra disposizione vigente, qualunque richiamo al» CIPE «deve intendersi riferito al Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS)»;

Vista la legge 23 agosto 1988, n. 400, recante «Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri», e successive modificazioni;

Vista la legge 7 agosto 1990, n. 241, recante «Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi» e successive modificazioni;

Vista la legge 23 dicembre 1992, n. 498, che, all'art. 11, ha demandato a questo Comitato l'emanazione di direttive per la concessione della garanzia dello Stato, per la revisione delle convenzioni e degli atti aggiuntivi che disciplinano le concessioni autostradali;

Vista la legge 24 dicembre 1993, n. 537, che, all'art. 10 ha dettato, tra l'altro, ulteriori disposizioni in tema di concessioni autostradali;

Viste le delibere CIPE 24 aprile 1996, n. 65, recante «Linee guida per la regolazione dei servizi di pubblica utilità», che, tra l'altro, ha previsto l'istituzione, presso questo stesso Comitato, del Nucleo di consulenza per l'attuazione delle linee guida per la regolazione dei servizi di pubblica utilità, di seguito NARS, e 8 maggio 1996, n. 81, recante «Istituzione del nucleo di consulenza per l'attuazione delle linee guida per la regolazione dei servizi di pubblica utilità»;

Vista la delibera CIPE 20 dicembre 1996, n. 319, con la quale questo Comitato ha definito lo schema regolatorio complessivo del settore autostradale e, in particolare, ha indicato la metodologia del *price cap* quale sistema di determinazione delle tariffe e stabilito in cinque anni la durata del periodo regolatorio;

Visto il decreto del Ministro dei lavori pubblici 15 aprile 1997, n. 125, emanato di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, relativo allo schema di piano economico-finanziario, di seguito PEF, da adottare da parte delle società concessionarie autostradali;

Visto il decreto legislativo 5 dicembre 1997, n. 430, che ha confermato a questo Comitato la funzione di definire le linee guida e i principi comuni per le amministrazioni che esercitano funzioni in materia di regolazione dei servizi di pubblica utilità, ferme restando le competenze delle autorità di settore;

Vista la legge 17 maggio 1999, n. 144, recante «Misure in materia di investimenti, delega al Governo per il riordino degli incentivi all'occupazione e della normativa che disciplina l'INAIL, nonché disposizioni per il riordino degli enti previdenziali» che all'art. 1, comma 5, ha istituito presso il CIPE il «Sistema di monitoraggio degli investimenti pubblici», di seguito MIP, con il compito di fornire tempestivamente informazioni sull'attuazione delle politiche di sviluppo e la cui attività è funzionale all'alimentazione di una banca dati tenuta nell'ambito di questo stesso Comitato;

Visto il decreto-legge 3 ottobre 2006, n. 262, recante «Disposizioni urgenti in materia tributaria e finanziaria», convertito con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2006, n. 286, e, in particolare, l'art. 2, comma 82, il quale prevede che «In occasione del primo aggiornamento del piano finanziario che costituisce parte della convenzione accessiva alle concessioni autostradali, ovvero della prima revisione della convenzione medesima, successivamente alla data di entrata in vigore del presente decreto, il Ministro delle infrastrutture, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, assicura che tutte le clausole convenzionali in vigore, nonché quelle conseguenti all'aggiornamento ovvero alla revisione, siano inserite in una convenzione unica, avente valore ricognitivo per le parti diverse da quelle derivanti dall'aggiornamento ovvero dalla revisione. La convenzione unica sostituisce ad

ogni effetto la convenzione originaria, nonché tutti i relativi atti aggiuntivi»;

Vista la delibera CIPE 15 giugno 2007, n. 39, che detta criteri in materia di regolazione economica del settore autostradale, successivamente integrata con delibera CIPE 21 marzo 2013, n. 27, che ha dettato per le concessionarie esistenti alla data di pubblicazione della delibera stessa, criteri e modalità di aggiornamento quinquennale dei PEF;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 25 novembre 2008, e successive modificazioni, che definisce i compiti e le funzioni del NARS;

Visto il decreto-legge 8 aprile 2008, n. 59, recante «Disposizioni urgenti per l'attuazione di obblighi comunitari e l'esecuzione di sentenze della Corte di giustizia delle Comunità europee», convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2008, n. 101, il cui art. 8-*duodecies*, comma 2 dispone che «sono approvati tutti gli schemi di convenzione con la società ANAS S.p.a. già sottoscritti dalle società concessionarie autostradali alla data del 31 dicembre 2010»;

Vista la convenzione unica sottoscritta in data 28 luglio 2009 tra ANAS S.p.a., di seguito ANAS, e Tangenziale di Napoli S.p.a., di seguito Tangenziale di Napoli, approvata il 1° gennaio 2010 ai sensi dell'art. 2, comma 202, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Legge finanziaria 2010), divenuta efficace dal 24 novembre 2010;

Visto il decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, recante «Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136», e successive modificazioni;

Visto il decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, recante «Disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici», convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, come modificato dall'art. 16 del decreto-legge 28 settembre 2018, n. 109, recante «Disposizioni urgenti per la città di Genova, la sicurezza della rete nazionale delle infrastrutture e dei trasporti, gli eventi sismici del 2016 e 2017, il lavoro e le altre emergenze», convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2018, n. 130, che ha ulteriormente ampliato le competenze dell'Autorità di regolazione dei trasporti, di seguito ART, e introdotto disposizioni in materia di tariffe e di sicurezza autostradale e, in particolare:

1. l'art. 37 che, nell'istituire l'ART con specifiche competenze in materia di concessioni autostradali ed in merito all'individuazione dei sistemi tariffari, prevede al comma 6-*ter* che «Restano ferme le competenze del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, del Ministero dell'economia e delle finanze nonché del CIPE in materia di approvazione di contratti di programma nonché di atti convenzionali, con particolare riferimento ai profili di finanza pubblica»;

2. l'art. 43, comma 1, il quale prevede che «Gli aggiornamenti o le revisioni delle convenzioni autostradali vigenti alla data di entrata in vigore del presente decreto, laddove comportino variazioni o modificazioni al piano degli investimenti ovvero ad aspetti di carattere regolatorio a tutela della finanza pubblica, sono trasmessi, sentita l'Autorità di regolazione dei trasporti per i profili di competenza di cui all'art. 37, comma 2, lettera *g)*, in merito all'individuazione dei sistemi tariffari, dal Ministero delle infrastrutture e dei trasporti al CIPE che, sentito il NARS, si pronuncia entro trenta giorni e, successivamente, approvati con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanarsi entro trenta giorni dalla avvenuta trasmissione dell'atto convenzionale ad opera dell'amministrazione concedente»;

Visto il decreto-legge 29 dicembre 2011, n. 216, recante «Proroga di termini previsti da disposizioni legislative» convertito, con modificazioni, dalla legge 24 febbraio 2012, n. 14, e successive modificazioni e, in particolare, l'art. 11, ai sensi del quale il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, di seguito MIT, è subentrato ad ANAS S.p.a. nella gestione delle autostrade in concessione;

Visto il decreto 1° ottobre 2012, n. 341, con il quale il MIT ha istituito, nell'ambito del Dipartimento per le infrastrutture, gli affari generali e il personale, la struttura di vigilanza sulle concessionarie autostradali con il compito di svolgere le funzioni di cui all'art. 36, comma 2, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e successive modificazioni;

Vista la delibera CIPE 21 marzo 2013, n. 27, con la quale questo Comitato ha integrato la delibera CIPE n. 39 del 2007, dettando, per le concessionarie esistenti alla data di pubblicazione della delibera stessa, criteri e modalità di aggiornamento quinquennale dei PEF;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 11 febbraio 2014, n. 72, concernente il regolamento di organizzazione del MIT , come modificato dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 dicembre 2020, n. 190, in particolare l'art. 4, comma 3, che ha modificato la denominazione della Direzione generale che esercita le funzioni di concedente della rete autostradale in concessione in «Direzione generale per le strade e le autostrade, l'alta sorveglianza sulle infrastrutture stradali e la vigilanza sui contratti concessori autostradali», di seguito DGVCA;

Visto il decreto del MIT 9 giugno 2015, n. 194, e successive modificazioni, con il quale è stata soppressa la Struttura tecnica di missione, istituita con decreto dello stesso Ministro 10 febbraio 2003, n. 356, e successive modificazioni, e sono stati trasferiti i compiti di cui agli articoli 3 e 4 del medesimo decreto alle competenti Direzioni generali del Ministero, alle quali è demandata la responsabilità di assicurare la coerenza tra i contenuti della relazione istruttoria e la relativa documentazione a supporto;

Visto il citato decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, e, in particolare, la Parte III relativa ai «Contratti di concessione»;

Vista la delibera CIPE 7 agosto 2017, n. 68, con la quale questo Comitato ha aggiornato la regolazione economica delle società concessionarie autostradali di cui alle delibere CIPE 15 giugno 2007, n. 39 e 21 marzo 2013, n. 27;

Visto il primo atto aggiuntivo alla convenzione unica, sottoscritto in data 22 febbraio 2018, approvato con decreto interministeriale n. 131 del 16 marzo 2018, che include l'aggiornamento del Piano economico finanziario, di seguito PEF, relativo al periodo regolatorio 2014-2018;

Considerato che il 31 dicembre 2018 è scaduto il periodo regolatorio e, pertanto, è necessario procedere all'aggiornamento del PEF per gli anni 2019-2023;

Visto il decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, recante «Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini legislativi, di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica», convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2020, n. 8, in particolare, l'art. 35 recante «Disposizioni in materia di concessioni autostradali»;

Viste le seguenti delibere dell'ART:

1. delibera 18 febbraio 2019, n. 16, con la quale l'ART ha avviato il procedimento volto a stabilire il «sistema tariffario di pedaggio basato sul metodo del *price cap* e con determinazione dell'indicatore di produttività X a cadenza quinquennale» per una serie di concessioni fra cui Tangenziale di Napoli, avviando, altresì, la relativa consultazione pubblica;

2. delibera 19 giugno 2019, n. 79 con la quale l'ART ha approvato il sistema tariffario di pedaggio basato sul metodo del *price cap* con determinazione dell'indicatore di produttività X a cadenza quinquennale relativo alla convenzione unica tra ANAS S.p.a. e Tangenziale di Napoli, con la quale è previsto un aumento di produttività del 27,63%;

Viste le norme riguardanti le misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e, in particolare:

1. il decreto-legge del 17 marzo 2020, n. 18, il quale ha previsto che «Ai fini del computo dei termini ordinatori o perentori, propedeutici, endoprocedimentali, finali ed esecutivi, relativi allo svolgimento di procedimenti amministrativi su istanza di parte o d'ufficio, pendenti alla data del 23 febbraio 2020 o iniziati successivamente a tale data, non si tiene conto del periodo compreso tra la medesima data e quella del 15 aprile 2020»;

2. il decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23, e, in particolare, l'art. 37, il quale ha stabilito che «Il termine del 15 aprile 2020 previsto dai commi 1 e 5 dell'art. 103 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, è prorogato al 15 maggio 2020»;

Visto il decreto-legge 1° marzo 2021, n. 22, recante «Disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri», convertito, con modificazioni, dalla legge 22 aprile 2021, n. 55, e, in particolare, l'art. 5 che prevede che il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti è ridenominato Ministero delle infrastrutture e della mobilità sostenibili, di seguito MIMS;

Vista la nota del 26 marzo 2021, n. 618, con la quale la società ha fornito al MIMS un riscontro ai rilievi ART, contestualmente presentando una proposta di PEF aggiornato relativamente alla determinazione del capitale investito netto, di seguito CIN, eliminando dal computo il capitale circolante netto al 31 dicembre 2019, e del TIR pari a 7,96%;

Vista la nota del 18 giugno 2021, n. 1211, con la quale Tangenziale di Napoli ha trasmesso al MIMS e ad ART una rielaborazione della proposta del PEF per recepire ulteriori considerazioni dell'Autorità;

Vista la nota del 1° luglio 2021, n. 18284, con la quale la competente Direzione generale del MIMS ha segnalato a Tangenziale di Napoli alcune incongruenze relative alla determinazione del CIN utilizzato ai fini dello sviluppo del PEF e ha richiesto di integrare la documentazione trasmessa;

Vista la nota del 13 luglio 2021, n. 1394, con la quale Tangenziale di Napoli ha riscontrato le richieste del MIMS trasmettendo lo schema di riconciliazione del CIN al 31 dicembre 2018 in formato excel;

Vista la nota del 12 gennaio 2022, n. 37, con la quale Tangenziale di Napoli ha trasmesso al MIMS una nuova elaborazione di PEF;

Vista la nota del 17 gennaio 2022, n. 899, con la quale la competente Direzione generale del MIMS ha trasmesso all'ART, per l'espressione del parere di competenza, la nuova versione della proposta di aggiornamento del PEF;

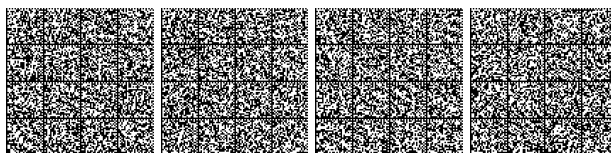
Visto il decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4 recante «Misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19, nonché per il contenimento degli effetti degli aumenti dei prezzi nel settore elettrico» convertito con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2022, n. 25 e, in particolare, l'art. 24 che ha prorogato al 31 ottobre 2022 i termini per la definizione del procedimento di aggiornamento dei PEF dei concessionari autostradali, predisposti in conformità alle delibere adottate dall'ART;

Visto il parere 9 febbraio 2022, n. 1, con il quale l'ART si è espressa in merito alla proposta di aggiornamento costituita dallo schema di secondo atto aggiuntivo alla convenzione unica del 2009, dagli Allegati da «A» a «P», tra i quali sono ricompresi il Piano economico finanziario ed il Piano finanziario regolatorio con le rispettive relazioni accompagnatorie, oltre allo Studio di traffico (Allegato *H)*;

Vista la nota 9 febbraio 2022, n. 2673, con la quale l'ART ha trasmesso al MIMS un documento contenente una serie di osservazioni sullo schema di secondo atto aggiuntivo alla convenzione unica, nonché «alcune indicazioni riguardanti le modifiche che si ritiene opportuno effettuare al testo della medesima convenzione»;

Vista la nota 15 febbraio 2022, n. 3847, con la quale il MIMS ha trasmesso a Tangenziale di Napoli il parere ART n. 1 del 2022 e la citata nota ART n. 2673 contenente osservazioni sullo schema di atto aggiuntivo;

Vista la nota del 5 aprile 2022, n. 617, con la quale Tangenziale di Napoli ha riscontrato le osservazioni formulate dall'ART relativamente al PEF e allo schema di atto aggiuntivo, trasmettendo una nuova versione di PEF, l'allegato E e l'atto aggiuntivo aggiornati;

Viste le note del 9 e 11 maggio 2022, n. 11905, 11909 e 12200 con le quali la competente Direzione generale del MIMS ha trasmesso la documentazione relativa all'aggiornamento del PEF di Tangenziale di Napoli all'Ufficio

di Gabinetto del medesimo MIMS ai fini dell'iscrizione all'ordine del giorno del CIPESS;

Vista la nota del 18 maggio 2022, n. 17287, con la quale il MIMS ha richiesto l'iscrizione all'ordine del giorno della prima seduta utile di questo Comitato dell'argomento di cui trattasi;

Vista la nota del MIMS n. 16434 del 27 giugno 2022, con la quale la Direzione generale competente ha richiesto alla società concessionaria di riformulare la proposta di PEF conformandosi alla disciplina dell'ART, prevedendo la predisposizione di uno schema di PEF con parametri relativi alla determinazione del tasso di remunerazione per gli investimenti pregressi aggiornati alla data di scadenza del periodo regolatorio e producendo il prospetto di calcolo del TIR su investimenti previgenti;

Vista la nota del 7 luglio 2022, n. 17499, con la quale il MIMS ha trasmesso la nuova documentazione istruttoria redatta da Tangenziale di Napoli, in conformità alle osservazioni emerse nel corso dell'istruttoria;

Vista la nota 14 luglio 2022, n. 18425, con la quale il MIMS ha inviato la nota 13 luglio 2022, n. 1277, con la quale Tangenziale di Napoli ha trasmesso il nuovo schema di secondo atto aggiuntivo, che sostituisce quello precedentemente trasmesso e che, pertanto, costituisce l'oggetto del presente parere;

Visto il parere 26 luglio 2022, n. 2, del NARS sullo schema di secondo atto aggiuntivo alla convenzione unica, il relativo PEF e il Piano finanziario regolatorio, di seguito PFR, con indicazioni, osservazioni e commenti;

Preso atto delle risultanze dell'istruttoria e, in particolare, che:

sotto il profilo tecnico-procedurale:

1. l'ART, con parere n. 1 del 2022, si è espressa in merito alla proposta di aggiornamento del PEF inviata da Tangenziale di Napoli con nota n. 37 del 12 gennaio 2022, con le seguenti prescrizioni:

1.1 in ordine alla determinazione della tariffa unitaria media di riferimento, Tangenziale di Napoli ne ha calcolato il valore tenendo conto di una formula basata sul pedaggio lordo del canone di concessione anziché netto;

1.2 in ordine al tasso interno di rendimento relativo al sistema tariffario previgente, di seguito TIR, Tangenziale di Napoli nel PEF non configurava una corretta applicazione della disciplina tariffaria introdotta dalla propria delibera n. 79 del 2019, relativamente al grado di effettiva realizzazione degli investimenti e della loro eventuale riprogrammazione e delle poste figurative eventualmente maturate;

2. Tangenziale di Napoli, con la suddetta nota 5 aprile 2022, n. 617, ha riscontrato i rilievi formulati dall'ART nel citato parere e nella nota dell'Autorità 9 febbraio 2022, n. 2673, facendo presente, in particolare:

2.1 la correttezza del metodo di calcolo applicato in quanto, secondo Tangenziale di Napoli, i ricavi da pedaggio considerati per la determinazione della tariffa media relativa al 2019, devono intendersi come «al lordo» della componente/quota relativa al canone di concessione del 2,4%;

2.2 di aver seguito le indicazioni della misura 17.3 del sistema tariffario ART di cui alla delibera n. 79 del 2019, in merito alla determinazione del TIR, in particolare, la remunerazione degli investimenti è stata calcolata utilizzando il WACC del PEF 2014-2018, pari al 7,93% nominale *pre-tax*;

2.3 di aver recepito la maggior parte delle osservazioni formulate dall'ART nella predetta nota n. 2673 in merito al contenuto dello schema di secondo atto aggiuntivo;

3. con particolare riferimento al rilievo dell'ART relativo all'ipotesi di mancato accordo sul riequilibrio del PEF, di cui al punto 8 della nota dell'Autorità, Tangenziale di Napoli ha così riformulato il comma 17 dell'art. 12 dell'atto aggiuntivo: «In caso di mancato accordo sul riequilibrio del piano economico finanziario, le parti possono recedere dal contratto. Al concessionario sono rimborsati (i) gli importi di cui all'art. 176, comma 4, lettere *a)* e *b)* oltre (ii) al valore delle poste figurative maturate alla data del recesso, escludendo gli oneri derivanti dallo scioglimento anticipato dei contratti di copertura del rischio di fluttuazione del tasso di interesse»;

4. non risulterebbe recepita l'osservazione dell'ART relativa alla previsione nell'art. 29, comma 1, lettera *d)*, che «gli affidamenti dei servizi di distribuzione carbolubrificanti, delle attività commerciali e di ricarica elettrica debbano avvenire nel rispetto dei provvedimenti adottati da ART ai sensi dell'art. 37, comma 2, lettera *g)*, del decreto-legge n. 201/2011»;

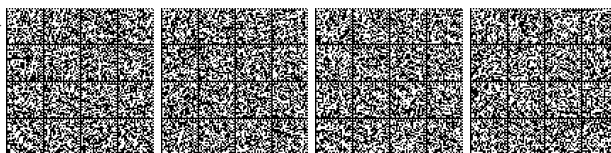
5. nel corso dell'esame della documentazione, Tangenziale di Napoli si è allineata alle osservazioni, formulate «nell'ambito dell'attività istruttoria in sede NARS», afferenti al tasso di remunerazione per gli investimenti pregressi, in particolare:

5.1 il TIR previgente, precedentemente calcolato pari al 7,96%, è stato rideterminato in 6,83%. La variazione di tale parametro ha determinato, fra l'altro, la riduzione dell'aumento tariffario annuo dallo 0,95% allo 0,39%;

5.2 in relazione alle poste figurative riportate nel PEF, Tangenziale di Napoli ha provveduto ad aggiornarne il saldo al 31 dicembre 2019 (59,3 milioni di euro) sulla base degli investimenti effettivamente realizzati e delle tariffe consuntivate;

6. Tangenziale di Napoli ha evidenziato che nella versione definitiva dell'atto aggiuntivo dovrà essere considerata tra i costi operativi la remunerazione dei tributi COSAP/TOSAP/CUP, quali oneri richiesti dagli enti locali;

7. Il NARS, con parere 26 luglio 2022, n. 2, ha formulato alcune prescrizioni e raccomandazioni concernenti lo schema di secondo atto aggiuntivo e il PEF, in particolare:

7.1 obbligo di esternalizzazione, come di recente ha evidenziato anche la giurisprudenza amministrativa successiva alla sentenza della Corte costituzionale n. 218 del 2021;

7.2 modifica della formulazione dell'art. 11 del secondo atto aggiuntivo che emenda l'art. 9-*bis* della convenzione unica, in contrasto con la norma di cui all'art. 35 del decreto-legge n. 162 del 2019;

7.3 modifica della formulazione dell'art. 12 del secondo atto aggiuntivo che emenda l'art. 11 della convenzione unica, poiché introduce anche il valore delle poste figurative maturate alla data del recesso, oltre agli importi di cui all'art. 176, comma 4, lettere *a)* e *b)* del decreto legislativo n. 50 del 2016, in contrasto con la disciplina prevista dall'art. 165, comma 6, del medesimo decreto legislativo;

7.4 riformulazione dell'art. 19, recante «Meccanismi di premialità/penalità con riferimento alla valutazione della qualità dei servizi» dello schema di atto aggiuntivo, che sostituisce l'art. 19 della convenzione unica, al fine di individuare nei dodici mesi, dalla data di efficacia del secondo atto aggiuntivo, la tempistica di adozione del terzo atto aggiuntivo volto al recepimento degli indicatori della qualità. In caso di esplicitazione del termine di adozione del terzo atto aggiuntivo, andrà di conseguenza adeguato anche il testo dell'Allegato C alla convenzione unica, come sostituito dal secondo atto aggiuntivo;

sotto l'aspetto economico-finanziario:

1. il PEF/PFR si sviluppa su un orizzonte temporale di diciannove anni (dal 2019 al 2037, anno di scadenza della concessione);

2. sono previsti investimenti per un importo complessivo di 77,6 milioni di euro dal 2019 al 2037, oltre a 7,2 milioni di euro di manutenzioni straordinarie;

3. per il periodo 2019-2037, è previsto un onere complessivo di manutenzioni ordinarie pari a circa 125,7 milioni di euro, di cui 21,8 milioni di euro realizzate con risorse interne;

4. il capitale investito netto, di seguito CIN, è determinato al 31 dicembre 2019 pari a circa 196,02 milioni di euro;

5. il TIR da sistema tariffario previgente è pari al 6,83% per le opere realizzate o in corso di realizzazione;

6. il tasso di remunerazione di capitale investito nominale (WACC) per i nuovi investimenti è pari a 7,09%, come individuato dalla delibera ART 19 giugno 2019, n. 79;

7. il valore di subentro risulta pari a zero;

8. il fattore di efficientamento complessivo, quantificato da ART nel 27,63% viene realizzato in diciotto anni anziché in cinque anni, ed è pari all'1,78% annuo, corrispondente al recupero di efficienza produttiva complessiva determinata dall'ART;

9. il tasso di inflazione considerato nel PEF è pari allo 0,80% annuo per tutta la durata della concessione;

10. è previsto un incremento tariffario annuo linearizzato medio dello 0,39% a partire dal 2021 fino alla fine della concessione;

11. le stime di traffico prevedono un aumento medio del traffico stimato dello 0,4% nel 2020-2025, traffico che successivamente si mantiene costante nel periodo 2025-2037;

12. in linea con la nota n. 26230 del 21 ottobre 2020 del MIMS, di concerto con il MEF, con la quale sono stati indicati i criteri per la quantificazione degli effetti straordinari connessi all'emergenza sanitaria, Tangenziale di Napoli, ai fini della determinazione della tariffa, ha quantificato perdite pari a 9,5 milioni di euro relative al periodo marzo-giugno 2020;

Tenuto conto dell'esame della proposta svolta ai sensi della delibera CIPE 28 novembre 2018, n. 82, recante «Regolamento interno del Comitato interministeriale per la programmazione economica», così come modificata dalla delibera CIPE 15 dicembre 2020, n. 79, recante «Regolamento interno del Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS)»;

Vista la nota del 2 agosto 2022, n. 4317, predisposta congiuntamente dal Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei ministri e dal Ministero dell'economia e delle finanze, di seguito MEF, posta a base dell'odierna seduta del Comitato, contenente le valutazioni e le prescrizioni da riportare nella presente delibera;

Su proposta del Ministro delle infrastrutture e della mobilità sostenibili;

Considerato il dibattito svolto in seduta;

Delibera:

1. Ai sensi della normativa richiamata in premessa, è formulato parere favorevole in ordine allo schema di secondo atto aggiuntivo alla convenzione tra il Ministero delle infrastrutture e mobilità sostenibili (concedente) e Tangenziale di Napoli S.p.a. (concessionario) e al relativo Piano economico finanziario per il periodo regolatorio 2019-2023, con le prescrizioni e le raccomandazioni di cui al parere NARS n. 2 del 26 luglio 2022, che il Comitato fa proprie e che di seguito si riportano:

1.1. in merito all'art. 5 «Obblighi del concessionario», si rimette al Ministero concedente di valutare l'inserimento di un ulteriore obbligo riguardante la previsione di presentare all'esame del concedente entro il mese di novembre di ciascun anno l'elenco dei lavori di ordinaria manutenzione, la cui classificazione è riportata nell'allegato F;

1.2. si suggerisce di rendere congruenti le previsioni convenzionali contenute nell'art. 6 (che modifica l'art. 4.3 della convenzione unica) e nell'art. 7 (che modifica l'art. 5.3 della convenzione unica);

1.3. si raccomanda di sostituire il richiamo al «presente atto aggiuntivo» con quello al «secondo atto aggiuntivo» nei casi in cui il secondo atto aggiuntivo riscrive parti del testo della convenzione unica (es.: articoli 7, 8, 9, 10, 18 e 19);

1.4. si raccomanda di anticipare l'art. 10-*bis* rispetto all'art. 11;

1.5. con riguardo all'art. 11, che introduce modifiche ai commi 1, 2 e 4 dell'art. 9-*bis* della convenzione unica:

1.5.1. con riferimento ai primi due commi dell'art. 9-*bis* della convenzione unica, come riscritti dall'art. 11 del secondo atto aggiuntivo, per ineludibili ragioni di certezza del diritto, le previsioni convenzionali di cui all'art. 9-*bis* devono essere allineate alle disposizioni contenute nella norma imperativa di cui all'art. 35 del decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, con riferimento ai casi di risoluzione per inadempimento del concessionario;

1.5.2. all'art. 9-*bis* della convenzione unica, come modificato dall'art. 11, occorre chiarire il testo del comma 1 distinguendo tra revoca e risoluzione per inadempimento del concedente;

1.5.3. laddove le modifiche introdotte all'art. 9-*bis* mirino a recepire nella convenzione unica la disciplina di «Cessazione, revoca d'ufficio, risoluzione per inadempimento e subentro» di cui all'art. 176 del decreto legislativo n. 50 del 2016, si raccomanda l'adeguamento del testo in coerenza con le previsioni codicistiche (salva in ogni caso l'applicazione dell'art. 35 del decreto-legge n. 162 del 2019);

1.5.4. in ogni caso, si raccomanda — indipendentemente dal completo recepimento della disciplina dell'art. 176 del decreto legislativo n. 50 del 2016 — che le ipotesi di riconoscimento dell'indennizzo calcolato secondo i criteri di cui all'art. 9-*bis*, comma 2 — oggi riferite a tutte le fattispecie di cui al comma 1 — vengano limitate ai casi contemplati nell'art. 176, comma 4, del codice dei contratti pubblici (risoluzione per inadempimento della amministrazione aggiudicatrice ovvero revoca della concessione per motivi di pubblico interesse);

1.5.5. con riferimento all'art. 9-*bis*.2, come riscritto dall'art. 11 dell'atto aggiuntivo in esame, si raccomanda l'adozione di una formulazione della lettera *c)* più aderente a quanto previsto all'art. 176, comma 4, del decreto legislativo n. 50 del 2016;

1.5.6. in considerazione del perimetro applicativo dell'art. 9-*bis* della convenzione unica — che riguarda tutti i casi di estinzione anticipata del rapporto concessorio —, la riformulazione del comma 4 dell'art. 9-*bis*, secondo cui «L'indennizzo di cui al comma 2 è corrisposto dal concessionario subentrante alla data della consegna dell'infrastruttura», determina incertezza per il concessionario uscente in ordine al conseguimento del risultato anche nelle ipotesi in cui questi subisca incolpevolmente l'estinzione del rapporto e pone l'indennizzo a carico del concessionario subentrante in ogni ipotesi di estinzione del rapporto concessorio, potendo comportare, da un lato, una potenziale barriera all'ingresso, limitativa della concorrenza, e, dall'altro lato, la neutralizzazione delle conseguenze della responsabilità del concedente anche nei casi in cui la convenzione sia risolta a causa del suo inadempimento; si suggerisce pertanto al Ministero concedente di valutare una riformulazione della norma per il caso di risoluzione per inadempimento del concedente;

1.6. con riferimento all'art. 12, che riscrive l'art. 11 della convenzione unica dedicato al Piano economico-finanziario e al Piano finanziario-regolatorio:

1.6.1. deve essere espunto il riferimento al valore delle poste figurative tra le voci da riconoscere al concessionario in caso di recesso per mancato accordo sul riequilibrio del piano economico finanziario (art. 11, comma 17 della convenzione unica, come modificato dallo schema di secondo atto aggiuntivo);

1.6.2. nella parte che riscrive il comma 18 dell'art. 11 della convenzione unica, in cui viene richiamato il procedimento di aggiornamento quinquennale del PEF ai sensi dell'art. 43 del decreto-legge n. 201 del 2011, occorre inserire dopo «CIPESS che» le parole «sentito il NARS,»;

1.7. all'art. 13 — e, in generale, laddove ricorre — deve essere sostituita la parola «CIPE» con «CIPESS»;

1.8. al fine di evitare possibili dilazioni temporali nell'attuazione della regolazione della qualità, si suggerisce una riformulazione dell'art. 19 «Meccanismi di premialità/penalità con riferimento alla valutazione della qualità dei servizi» dello schema di atto aggiuntivo, che sostituisce l'art. 19 della convenzione unica, al fine di individuare nei dodici mesi, dalla data di efficacia del secondo atto aggiuntivo, la tempistica di adozione del terzo atto aggiuntivo volto al recepimento degli indicatori della qualità. In caso di esplicitazione del termine di adozione del terzo atto aggiuntivo, andrà di conseguenza adeguato anche il testo dell'Allegato C alla convenzione unica, come sostituito dal secondo atto aggiuntivo.

2. Il concessionario, in relazione alla sentenza della Corte costituzionale n. 218 del 2021, che ha dichiarato l'incostituzionalità dell'intero comma 1 dell'art. 177 del codice dei contratti pubblici, è tenuto all'osservanza delle disposizioni normative di futura emanazione.

3. Il MIMS provvederà ad assicurare, per conto di questo Comitato, la conservazione dei documenti relativi al progetto in esame.

4. Il suddetto Ministero provvederà a svolgere le attività di supporto intese a consentire a questo Comitato di espletare i compiti di vigilanza sulla realizzazione delle opere ad esso assegnati dalla normativa citata in premessa, tenendo conto delle indicazioni di cui alla delibera di questo Comitato n. 63 del 2003 richiamata in premessa.

Roma, 2 agosto 2022

Il Presidente: DRAGHI

Il Segretario: TABACCI

Registrato alla Corte dei conti il 2 dicembre 2022
Ufficio di controllo sugli atti del Ministero dell'economia e delle finanze, reg. n. 1735

22A07078

ESTRATTI, SUNTI E COMUNICATI

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

Modifica dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale per uso umano, a base di nitisinone, «Nitisinone Dipharma».

Estratto determina AAM/PPA n. 949/2022 del 7 dicembre 2022

Trasferimento di titolaritá: MC1/2022/1268.

È autorizzato il trasferimento di titolarità dell'autorizzazione all'immissione in commercio del sotto elencato medicinale, fino ad ora intestato a nome della società Dipharma B.V., con sede legale e domicilio fiscale in Prins Bernhardplein, 200, 1097 JB, Amsterdam, Paesi Bassi.

Medicinale: NITISINONE DIPHARMA:

045829013 - «5 mg capsule rigide» 60 capsule in flacone Hdpe;

045829025 - «10 mg capsule rigide» 60 capsule in flacone Hdpe;

045829037 - «2 mg capsule rigide» 60 capsule in flacone Hdpe;

045829049 - «20 mg capsule rigide» 60 capsule in flacone Hdpe;

045829052 - «5 mg capsule rigide» 60×1 capsule in blister divisibile per dose unitaria in Opa/Al/Pvc/Al;

045829064 - «10 mg capsule rigide» 60×1 capsule in blister divisibile per dose unitaria in Opa/Al/Pvc/Al;

045829076 - «2 mg capsule rigide» 60×1 capsule in blister divisibile per dose unitaria in Opa/Al/Pvc/Al;

045829088 - «20 mg capsule rigide» 60×1 capsule in blister divisibile per dose unitaria in Opa/Al/Pvc/Al,

alla società Dipharma Arzneimittel GmbH, con sede legale e domicilio fiscale in Offheimer Weg 33, Limburg A.D. Lahn, 65549 Germania.

Stampati

Il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale sopraindicato deve apportare le necessarie modifiche al riassunto delle caratteristiche del prodotto dalla data di entrata in vigore della determina, di cui al presente estratto; al foglio illustrativo ed alle etichette dal primo lotto di produzione successivo all'entrata in vigore della determina, di cui al presente estratto.

Smaltimento scorte

I lotti del medicinale, già prodotti e rilasciati a nome del precedente titolare alla data di entrata in vigore della determina, di cui al presente estratto, possono essere mantenuti in commercio fino alla data di scadenza indicata in etichetta.

Decorrenza di efficacia della determina: dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione, per estratto, nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana

22A07085

Modifica dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale per uso umano, a base di floroglucina/trimetossibenzene, «Spasmex».

Estratto determina AAM/PPA n. 955/2022 del 7 dicembre 2022

Si autorizza la seguente variazione, relativamente al medicinale SPASMEX:

tipo II, C.I.4) - aggiornamento degli stampati, per definire le frequenze delle reazioni avverse elencate nel riassunto delle caratteristiche del prodotto, allineare le frequenze delle reazioni avverse contenute nel foglio illustrativo al contenuto del riassunto delle caratteristiche del prodotto e spostare la reazione avversa «shock anafilattico» dal SOC «*Skin and subcutaneous tissue disorders*» al SOC «*Immune system disorders*», a seguito del *Final Assessment Report* (FAR) e le *Recommendations* relative al PSUR di «Spasmex»;

si modificano il par. 4.8 dell'RCP e relativo paragrafo del FI; il paragrafo 4.7 dell'RCP per allineamento al *QRD template*, versione corrente; altre modifiche editoriali minori.

Confezioni:

A.I.C. n. 020851022 - «150 mg + 150 mg supposte» 6 supposte;

A.I.C. n. 020851034 - «40 mg/4 ml soluzione iniettabile» 10 fiale;

A.I.C. n. 020851046 - «80 mg + 80 mg compresse» 20 compresse.

Gli stampati corretti ed approvati sono allegati alla determina, di cui al presente estratto.

Titolare A.I.C.: Scharper S.p.a., codice fiscale 09098120158, con sede legale e domicilio fiscale in viale Ortles, 12, 20139 Milano, Italia.

Codice pratica: VN2/2022/165.

Stampati

Il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio deve apportare le modifiche autorizzate, dalla data di entrata in vigore della determina, di cui al presente estratto, al riassunto delle caratteristiche del prodotto; entro e non oltre i sei mesi dalla medesima data al foglio illustrativo.

In ottemperanza all'art. 80, commi 1 e 3, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e successive modificazioni ed integrazioni, il foglio illustrativo e le etichette devono essere redatti in lingua italiana e, limitatamente ai medicinali in commercio nella Provincia di Bolzano, anche in lingua tedesca. Il titolare dell'A.I.C. che intende avvalersi dell'uso complementare di lingue estere, deve darne preventiva comunicazione all'AIFA e tenere a disposizione la traduzione giurata dei testi in lingua tedesca e/o in altra lingua estera. In caso di inosservanza delle disposizioni sull'etichettatura e sul foglio illustrativo si applicano le sanzioni di cui all'art. 82 del suddetto decreto legislativo.

Smaltimento scorte

Sia i lotti già prodotti alla data di pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana del presente estratto che i lotti prodotti nel periodo di cui al precedente paragrafo del presente estratto, che non riportino le modifiche autorizzate, possono essere mantenuti in commercio fino alla data di scadenza del medicinale indicata in etichetta. A decorrere dal termine di trenta giorni dalla data di pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana del presente estratto, i farmacisti sono tenuti a consegnare il foglio illustrativo aggiornato agli utenti, che scelgono la modalità di ritiro in formato cartaceo o analogico o mediante l'utilizzo di metodi digitali alternativi. Il titolare A.I.C. rende accessibile al farmacista il foglio illustrativo aggiornato entro il medesimo termine.

Decorrenza di efficacia della determina: dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione, per estratto, nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

22A07086

Revoca, su rinuncia, dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale per uso umano «Granisetron B. Braun».

Con la determina n. aRM - 171/2022 - 718 del 6 dicembre 2022 è stata revocata, ai sensi dell'art. 38, comma 9, del decreto legislativo n. 219/2006, su rinuncia della B. Braun Melsungen AG, l'autorizzazione all'immissione in commercio del sottoelencato medicinale, nelle confezioni indicate:

medicinale: GRANISETRON B. BRAUN:

confezione: 038513040;

descrizione: «1 mg/ml concentrato per soluzione iniettabile o per infusione» 10 fiale da 3 ml;

confezione: 038513038;

descrizione: «1 mg/ml concentrato per soluzione iniettabile o per infusione» 5 fiale da 3 ml;

confezione: 038513026;

descrizione: «1 mg/ml concentrato per soluzione iniettabile o per infusione» 10 fiale da 1 ml;

confezione: 038513014;

descrizione: «1 mg/ml concentrato per soluzione iniettabile o per infusione» 5 fiale da 1 ml.

Qualora nel canale distributivo fossero presenti scorte del medicinale revocato, in corso di validità, le stesse potranno essere smaltite entro e non oltre centottanta giorni dalla data di pubblicazione della presente determina.

22A07087

Autorizzazione all'importazione parallela del medicinale per uso umano «Fluimucil»

Estratto determina IP n. 789 del 25 novembre 2022

Descrizione del medicinale da importare e attribuzione del numero di identificazione: è autorizzata l'importazione parallela del medicinale LYSOMUCIL 10% OPLOSSING/SOLUTION/LÖSUNG 20 FIALE DA 3 ML dal Belgio con numero di autorizzazione BE027894, intestato alla società Zambon NV Burgemeester E. Demunterlaan 3 1090 Brussel Belgium e prodotto da Zambon S.p.a. via della Chimica n. 9 - 36100 Vicenza Italy, con le specificazioni di seguito indicate a condizione che siano valide ed efficaci al momento dell'entrata in vigore della presente determina.

Importatore: Programmi Sanitari Integrati S.r.l. con sede legale in via Giovanni Lanza n. 3 - 20121 Milano MI.

Confezione:

«Fluimucil 300 mg/3 ml soluzione iniettabile e per nebulizzatore e per instillazione endotracheobronchiale» 10 fiale 3 ml;

codice A.I.C.: 036071064 (in base 10) 12DTNS (in base 32).

Forma farmaceutica: soluzione iniettabile e per nebulizzatore e per instillazione endotracheobronchiale.

Composizione: una fiala contiene:

principio attivo: N- Acetilcisteina mg 300;

eccipienti: sodio idrossido, disodio edetato, acqua per preparazioni iniettabili.

Inserire al paragrafo 5 del foglio illustrativo e nelle etichette: come conservare «Fluimucil»: conservare nella confezione originale per proteggere il medicinale dalla luce.

Officine di confezionamento secondario:

Falorni S.r.l., via dei Frilli n. 25 - 50019 Sesto Fiorentino (FI);

S.C.F. S.r.l. via F. Barbarossa n. 7 - 26824 Cavenago d'Adda - LO;

STM Pharma Pro S.r.l. strada provinciale Pianura n. 2 - 80078 Pozzuoli (NA).

Classificazione ai fini della rimborsabilità

Confezione:

«Fluimucil 300 mg/3 ml soluzione iniettabile e per nebulizzatore e per instillazione endotracheobronchiale» 10 fiale 3 ml;

codice A.I.C.: 036071064;

classe di rimborsabilità: «C».

Classificazione ai fini della fornitura

Confezione:

«Fluimucil 300 mg/3 ml soluzione iniettabile e per nebulizzatore e per instillazione endotracheobronchiale» 10 fiale 3 ml;

codice A.I.C.: 036071064.

RR - medicinale soggetto a prescrizione medica.

Stampati

Le confezioni del medicinale importato devono essere poste in commercio con etichette e foglio illustrativo conformi al testo in italiano allegato e con le sole modifiche di cui alla presente determina. Il foglio illustrativo dovrà riportare il produttore responsabile del rilascio relativo allo specifico lotto importato, come indicato nel foglio illustrativo originale. L'imballaggio esterno deve indicare in modo inequivocabile l'officina presso la quale il titolare AIP effettua il confezionamento secondario. Sono fatti salvi i diritti di proprietà industriale e commerciale del titolare del marchio e del titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio, inclusi eventuali marchi grafici presenti negli stampati, come simboli o emblemi, l'utilizzo improprio del marchio, in tutte le forme previste dalla legge, rimane esclusiva responsabilità dell'importatore parallelo.

Farmacovigilanza e gestione delle segnalazioni di sospette reazioni avverse

Il titolare dell'AIP è tenuto a comunicare al titolare dell'A.I.C. nel Paese dell'Unione europea/Spazio economico europeo da cui il medicinale viene importato, l'avvenuto rilascio dell'AIP e le eventuali segnalazioni di sospetta reazione avversa di cui è venuto a conoscenza, così da consentire allo stesso di assolvere gli obblighi di farmacovigilanza.

Decorrenza di efficacia della determina: dal giorno successivo alla sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

22A07101

Autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale per uso umano, a base di alprazolam, «Alprazolam Ibsa»

Estratto determina AAM/A.I.C. n. 250/2022 del 6 dicembre 2022

Procedura europea: BE/H/0344/001-004/DC.

Descrizione del medicinale e attribuzione numero A.I.C.: è autorizzata l'immissione in commercio del medicinale ALPRAZOLAM IBSA le cui caratteristiche sono riepilogate nel riassunto delle caratteristiche del prodotto (RCP), foglio illustrativo (FI) ed etichette (Eti), parti integranti della determina di cui al presente estratto, nella forma farmaceutica, dosaggi e confezioni alle condizioni e con le specificazioni di seguito indicate.

Titolare A.I.C.: Ibsa Farmaceutici Italia S.r.l. con sede legale e domicilio fiscale in via Martiri di Cefalonia n. 2 - 26900 Lodi, Italia.

Confezioni:

«0,25 mg soluzione orale in contenitore monodose» 10 contenitori in LDPE da 1 ml - A.I.C. n. 049508017 (in base 10) 1H6VPK (in base 32);

«0,25 mg soluzione orale in contenitore monodose» 20 contenitori in LDPE da 1 ml - A.I.C. n. 049508029 (in base 10) 1H6VPX (in base 32);

«0,5 mg soluzione orale in contenitore monodose» 10 contenitori in LDPE da 1 ml - A.I.C. n. 049508031 (in base 10) 1H6VPZ (in base 32);

«0,5 mg soluzione orale in contenitore monodose» 20 contenitori in LDPE da 1 ml - A.I.C. n. 049508043 (in base 10) 1H6VQC (in base 32);

«0,75 mg soluzione orale in contenitore monodose» 10 contenitori in LDPE da 1 ml - A.I.C. n. 049508056 (in base 10) 1H6VQS (in base 32);

«0,75 mg soluzione orale in contenitore monodose» 20 contenitori in LDPE da 1 ml - A.I.C. n. 049508068 (in base 10) 1H6VR4 (in base 32);

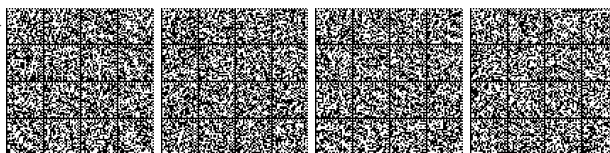
«1 mg soluzione orale in contenitore monodose» 10 contenitori in LDPE da 1 ml - A.I.C. n. 049508070 (in base 10) 1H6VR6 (in base 32);

«1 mg soluzione orale in contenitore monodose» 20 contenitori in LDPE da 1 ml - A.I.C. n. 049508082 (in base 10) 1H6VRL (in base 32).

Principio attivo: alprazolam.

Produttore responsabile del rilascio dei lotti: IBSA Farmaceutici Italia S.r.l., via Martiri di Cefalonia n. 2 - 26900 Lodi, Italia.

Classificazione ai fini della rimborsabilità

Per tutte le confezioni sopracitate è adottata la seguente classificazione ai fini della rimborsabilità: classificazione ai fini della rimborsabilità: classe C.

Classificazione ai fini della fornitura

Per tutte le confezioni sopracitate è adottata la seguente classificazione ai fini della fornitura:

classificazione ai fini della fornitura: RR - Medicinale soggetto a prescrizione medica.

Stampati

Le confezioni del medicinale devono essere poste in commercio con etichette e fogli illustrativi conformi al testo allegato alla determina, di cui al presente estratto.

È approvato il riassunto delle caratteristiche del prodotto allegato alla determina, di cui al presente estratto.

In ottemperanza all'art. 80, commi 1 e 3 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e successive modificazioni ed integrazioni il foglio illustrativo e le etichette devono essere redatti in lingua italiana e, limitatamente ai medicinali in commercio nella Provincia di Bolzano, anche in lingua tedesca. Il titolare dell'A.I.C. che intende avvalersi dell'uso complementare di lingue estere, deve darne preventiva comunicazione all'AIFA e tenere a disposizione la traduzione giurata dei testi in lingua tedesca e/o in altra lingua estera. In caso di inosservanza delle disposizioni sull'etichettatura e sul foglio illustrativo si applicano le sanzioni di cui all'art. 82 del suddetto decreto legislativo.

Tutela di mercato

Il titolare dell'A.I.C. del farmaco generico è esclusivo responsabile del pieno rispetto dei termini previsti dall'art. 10, commi 2 e 4, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e successive modificazioni ed integrazioni, secondo cui un medicinale generico non può essere immesso in commercio, finché non siano trascorsi dieci anni dall'autorizzazione iniziale del medicinale di riferimento, ovvero, finché non siano trascorsi undici anni dall'autorizzazione iniziale del medicinale di riferimento, se durante i primi otto anni di tale decennio, il titolare dell'A.I.C. abbia ottenuto un'autorizzazione per una o più indicazioni terapeutiche nuove che, dalla valutazione scientifica preliminare all'autorizzazione, sono state ritenute tali da apportare un beneficio clinico rilevante rispetto alle terapie esistenti.

Il presente paragrafo e la contenuta prescrizione sono da ritenersi applicabili solo ove si realizzi la descritta fattispecie.

Tutela brevettuale

Il titolare dell'A.I.C. del farmaco generico è esclusivo responsabile del pieno rispetto dei diritti di proprietà industriale relativi al medicinale di riferimento e delle vigenti disposizioni normative in materia brevettuale.

Il titolare dell'A.I.C. è altresì responsabile del pieno rispetto di quanto disposto dall'art. 14, comma 2 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e successive modificazioni ed integrazioni, in virtù del quale non sono incluse negli stampati quelle parti del riassunto delle caratteristiche del prodotto del medicinale di riferimento che si riferiscono a indicazioni o a dosaggi ancora coperti da brevetto al momento dell'immissione in commercio del medicinale.

Il presente paragrafo e la contenuta prescrizione sono da ritenersi applicabili solo ove si realizzi la descritta fattispecie.

Rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza - PSUR

Il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio deve fornire i rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza per questo medicinale conformemente ai requisiti definiti nell'elenco delle date di riferimento per l'Unione europea (elenco EURD) di cui all'art. 107-*quater*, par. 7) della direttiva 2010/84/CE e pubblicato sul portale *web* dell'Agenzia europea dei medicinali.

Condizioni o limitazioni per quanto riguarda l'uso sicuro ed efficace del medicinale

Il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio è tenuto a porre in essere le attività e le azioni di farmacovigilanza richieste e dettagliate nel Piano di gestione del rischio (RMP).

Validità dell'autorizzazione: l'autorizzazione ha validità fino alla Data comune di rinnovo europeo (CRD) 1° agosto 2027, come indicata nella notifica di fine procedura (EoP) trasmessa dallo Stato membro di riferimento (RMS).

Decorrenza di efficacia della determina: dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione, per estratto, nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

22A07102

Autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale per uso umano, a base di azelastina cloridrato, «Tebarat»

Estratto determina AAM/A.I.C. n. 253/2022 del 6 dicembre 2022

Procedura europea: ES/H/0178/002/DC

Descrizione del medicinale e attribuzione n. A.I.C.: è autorizzata l'immissione in commercio del medicinale «Tebarat», le cui caratteristiche sono riepilogate nel riassunto delle caratteristiche del prodotto (RCP), foglio illustrativo (FI) ed etichette (Eti), parti integranti della determina di cui al presente estratto, nella forma farmaceutica, dosaggio e confezione alle condizioni e con le specificazioni di seguito indicate:

titolare A.I.C.:

FB Vision S.p.a. con sede legale e domicilio fiscale in - via San Giovanni Scafa, snc - 63074 San Benedetto del Tronto (AP) - Italia;

confezione:

«1 mg/ml spray nasale, soluzione» 1 flacone in vetro da 20 ml con pompa dosatrice - A.I.C. n. 041957059 (in base 10) 180FQ3 (in base 32);

principio attivo: azelastina cloridrato;

Produttore responsabile del rilascio dei lotti:

Pharmaloop S.L.U., C/ Bolivia 15, Poligono Industrial Azque, 28806 Alcalá de Henares (Madrid) - Spagna.

Classificazione ai fini della rimborsabilità

Confezione:

A.I.C. n. 041957059 «1 mg/ml spray nasale, soluzione» 1 flacone in vetro da 20 ml con pompa dosatrice.

Classificazione ai fini della rimborsabilità: classe C-*bis*.

Classificazione ai fini della fornitura

Confezione:

A.I.C. n. 041957059 «1 mg/ml spray nasale, soluzione» 1 flacone in vetro da 20 ml con pompa dosatrice.

Classificazione ai fini della fornitura: OTC - medicinale non soggetto a prescrizione medica, da banco o di automedicazione.

Stampati

Le confezioni del medicinale devono essere poste in commercio con etichette e fogli illustrativi conformi al testo allegato alla determina, di cui al presente estratto.

È approvato il riassunto delle caratteristiche del prodotto allegato alla determina, di cui al presente estratto.

In ottemperanza all'art. 80, commi 1 e 3 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e successive modificazioni ed integrazioni il foglio illustrativo e le etichette devono essere redatti in lingua italiana e, limitatamente ai medicinali in commercio nella Provincia di Bolzano, anche in lingua tedesca. Il titolare dell'A.I.C. che intende avvalersi dell'uso complementare di lingue estere, deve darne preventiva comunicazione all'AIFA e tenere a disposizione la traduzione giurata dei testi in lingua tedesca e/o in altra lingua estera. In caso di inosservanza delle disposizioni sull'etichettatura e sul foglio illustrativo si applicano le sanzioni di cui all'art. 82 del suddetto decreto legislativo.

Tutela di mercato

Il titolare dell'A.I.C. del farmaco generico è esclusivo responsabile del pieno rispetto dei termini previsti dall'art. 10, commi 2 e 4, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e successive modificazioni ed integrazioni, secondo cui un medicinale generico non può essere immesso in commercio, finché non siano trascorsi dieci anni dall'autorizzazione iniziale del medicinale di riferimento, ovvero, finché non siano trascorsi

undici anni dall'autorizzazione iniziale del medicinale di riferimento, se durante i primi otto anni di tale decennio, il titolare dell'A.I.C. abbia ottenuto un'autorizzazione per una o più indicazioni terapeutiche nuove che, dalla valutazione scientifica preliminare all'autorizzazione, sono state ritenute tali da apportare un beneficio clinico rilevante rispetto alle terapie esistenti.

Il presente paragrafo e la contenuta prescrizione sono da ritenersi applicabili solo ove si realizzi la descritta fattispecie.

Tutela brevettuale

Il titolare dell'A.I.C. del farmaco generico è esclusivo responsabile del pieno rispetto dei diritti di proprietà industriale relativi al medicinale di riferimento e delle vigenti disposizioni normative in materia brevettuale.

Il titolare dell'A.I.C. è altresì responsabile del pieno rispetto di quanto disposto dall'art. 14, comma 2 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e successive modificazioni ed integrazioni, in virtù del quale non sono incluse negli stampati quelle parti del riassunto delle caratteristiche del prodotto del medicinale di riferimento che si riferiscono a indicazioni o a dosaggi ancora coperti da brevetto al momento dell'immissione in commercio del medicinale.

Il presente paragrafo e la contenuta prescrizione sono da ritenersi applicabili solo ove si realizzi la descritta fattispecie.

Rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza - PSUR

Il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio deve fornire i rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza per questo medicinale conformemente ai requisiti definiti nell'elenco delle date di riferimento per l'Unione europea (elenco EURD) di cui all'art. 107-*quater*, par. 7) della direttiva 2010/84/CE e pubblicato sul portale web dell'Agenzia europea dei medicinali.

Condizioni o limitazioni per quanto riguarda l'uso sicuro ed efficace del medicinale

Il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio è tenuto a porre in essere le attività e le azioni di farmacovigilanza richieste e dettagliate nel Piano di gestione del rischio (RMP).

Validità dell'autorizzazione

L'autorizzazione ha validità fino alla data comune di rinnovo europeo (CRD) 22/08/2027, come indicata nella notifica di fine procedura (EoP) trasmessa dallo Stato membro di riferimento (RMS).

Decorrenza di efficacia della determina: dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione, per estratto, nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

22A07103

BANCA D'ITALIA

Scioglimento degli organi con funzioni di amministrazione e di controllo e sottoposizione della Banca Popolare Valconca S.p.a., in Morciano di Romagna, alla procedura di amministrazione straordinaria.

La Banca d'Italia, con provvedimento del 1° dicembre 2022, ha disposto lo scioglimento degli organi con funzioni di amministrazione e controllo della Banca Popolare Valconca S.p.a. con sede in Morciano di Romagna (RN) e la sottoposizione della banca stessa alla procedura di amministrazione straordinaria ai sensi dell'art. 70, comma 1 del decreto legislativo n. 385/1993 (TUB) e successive modifiche ed integrazioni.

Con il medesimo provvedimento, sono stati nominati i signori dott. Francesco Fioretto, nato a Messina il 28 giugno 1953, e avv. Livia Casale, nata a Caserta il 20 giugno 1972, quali Commissari straordinari, nonché i signori avv. Andrea Grosso, nato a Torino il 29 gennaio 1966, avv. Dino Donato Abate, nato a Pordenone il 1° aprile 1985, e dott.ssa Simonetta Di Simone, nata a Napoli l'11 maggio 1967, quali componenti del Comitato di sorveglianza.

L'avv. Andrea Grosso è stato nominato presidente del Comitato di sorveglianza, ai sensi e per gli effetti dell'art. 71, comma 1, lettera *b)*, del TUB.

22A07089

Manuale per il *Direct reporting*. Disposizioni in materia di raccolta di informazioni statistiche per la bilancia dei pagamenti e posizione patrimoniale verso l'estero.

La Banca d'Italia, ai sensi del decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 195, «Modifiche ed integrazioni alla normativa in materia valutaria in attuazione del regolamento (CE) n. 1889/2005», e del Provvedimento della Banca d'Italia 16 febbraio 2016 e successive modifiche, «Provvedimento recante disposizioni in materia di raccolta di informazioni statistiche per la bilancia dei pagamenti e la posizione patrimoniale verso l'estero»,

ha modificato

il «Manuale per il *Direct reporting*», contenente le disposizioni per la raccolta di informazioni statistiche per la bilancia dei pagamenti e posizione patrimoniale verso l'estero.

Le modifiche entreranno in vigore con l'avvio dell'edizione 2023 del *Direct reporting*, la cui prima scadenza di segnalazione è prevista per il 30 aprile 2023.

Il suddetto manuale è stato pubblicato nel sito internet della Banca d'Italia (www.bancaditalia.it → Statistiche → Raccolta dati → *Direct reporting* e altre statistiche sull'estero).

22A07090

MINISTERO DELL'AGRICOLTURA, DELLA SOVRANITÀ ALIMENTARE E DELLE FORESTE

Proposta di modifica del disciplinare di produzione della denominazione di origine protetta «Culatello di Zibello»

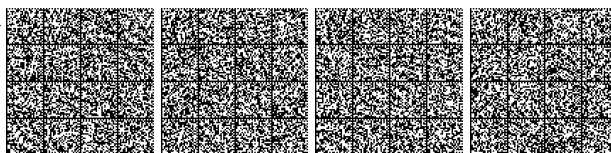
Il Ministero dell'agricoltura della sovranità alimentare e delle foreste ha ricevuto, nel quadro della procedura prevista dal regolamento (UE) n. 1151/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio, l'istanza intesa ad ottenere la modifica del disciplinare di produzione della denominazione di origine protetta «Culatello di Zibello», registrata con il regolamento (CE) n. 1263/96 della Commissione del 1° luglio 1996 che completa l'allegato del regolamento (CE) n. 1107/96 relativo alla registrazione delle indicazioni geografiche e delle denominazioni di origine nel quadro della procedura di cui all'art. 17 del regolamento (CEE) n. 2081/92, pubblicato il 2 luglio 1996 nella *Gazzetta Ufficiale* della Comunità europea L 163.

Visto il disciplinare di produzione della denominazione di origine protetta «Culatello di Zibello»;

Considerato che la modifica è stata presentata dal Consorzio di tutela del Culatello di Zibello, con sede in piazza Giuseppe Garibaldi n. 34 - 43016 Polesine-Zibello (PR), quale soggetto riconosciuto ai sensi dell'articolo della legge n. 526/1999;

Considerato che il decreto ministeriale n. 12511 del 14 ottobre 2013, recante la procedura a livello nazionale per l'attuazione del regolamento (UE) n. 1151/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 21 novembre 2012 sui regimi di qualità dei prodotti agricoli e alimentari in materia di DOP, IGP e STG, prevede all'art. 13 che la richiesta di modifica di un disciplinare di produzione di una DOP o IGP possa essere presentata dal relativo consorzio di tutela riconosciuto ai sensi della citata normativa;

Visto il parere favorevole espresso dalla Regione Emilia-Romagna con comunicazione acquisita al protocollo prot. PQAI 04 del 23 settembre 2021, n. 0462958 e n. 0592245 del 18 novembre 2022, ai sensi del sopra citato decreto 14 ottobre 2013, in merito alla domanda di modifica del disciplinare di che trattasi;

Visto che la domanda di modifica rientra nell'ambito delle modifiche ordinarie così come stabilito dall'art. 53 del regolamento (UE) n. 1151/2012, come modificato dal regolamento (UE) 2021/2117;

Il Ministero dell'agricoltura della sovranità alimentare e delle foreste, acquisito il parere della Regione Emilia-Romagna, circa la richiesta di modifica, ritiene di dover procedere alla pubblicazione del disciplinare di produzione della denominazione di origine protetta «Culatello di Zibello», così come modificato.

Le eventuali osservazioni, adeguatamente motivate, relative alla presente proposta, dovranno essere presentate, al Ministero dell'agricoltura della sovranità alimentare e delle foreste del Dipartimento delle politiche competitive della qualità agroalimentare, ippiche e della pesca - Direzione generale per la promozione della qualità agroalimentare e dell'ippica – Ufficio PQAI IV - via XX Settembre n. 20 - 00187 Roma – entro trenta giorni dalla data di pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana della presente proposta, dai soggetti interessati e costituiranno oggetto di opportuna valutazione da parte del predetto Ministero, prima della trasmissione della suddetta proposta di modifica alla Commissione europea.

Decorso tale termine, in assenza delle suddette osservazioni o dopo la loro valutazione ai sensi dell'art. 49, paragrafo 3 del regolamento (UE) n. 1151/2012, ove pervenute, la predetta proposta di modifica sarà approvata con apposito provvedimento e comunicata alla Commissione europea.

ALLEGATO

PROPOSTA DI MODIFICA DEL DISCIPLINARE DELLA DENOMINAZIONE DI ORIGINE PROTETTA CULATELLO DI ZIBELLO

Art. 1.

Denominazione

La denominazione di origine protetta «Culatello di Zibello» è riservata esclusivamente al prodotto di salumeria che risponde alle condizioni ed ai requisiti stabiliti nel presente disciplinare di produzione.

Art. 2.

Zona di produzione

Gli allevamenti dei suini destinati alla produzione del «Culatello di Zibello» devono essere situati nel territorio delle Regioni Lombardia ed Emilia-Romagna.

I suini nati, allevati e macellati nelle suddette regioni sono conformi alle prescrizioni già stabilite a livello nazionale per la materia prima dei prosciutti di Parma e San Daniele. Gli allevamenti devono infatti attenersi alle citate prescrizioni per quanto concerne razze, alimentazione e metodologia di allevamento.

I suini devono possedere le caratteristiche proprie del suino pesante italiano definite ai sensi del regolamento CEE n. 3220/84 concernente la classificazione commerciale delle carcasse suine.

Il macellatore è responsabile della corrispondenza qualitativa e dell'origine dei tagli. Il certificato del macello, che accompagna ciascuna partita di materia prima e ne attesta la provenienza e la tipologia, deve essere conservato dal produttore.

I relativi controlli vengono effettuati direttamente dall'autorità di controllo indicata nel successivo art. 7.

La zona di produzione del «Culatello di Zibello» comprende i seguenti Comuni: Polesine, Busseto, Zibello, Soragna, Roccabianca, San Secondo, Sissa e Colorno.

Art. 3.

Materie prime

Il Culatello di Zibello è un prodotto di salumeria costituito dalla parte anatomica del fascio di muscoli crurali posteriori ed interni della coscia del suino, opportunamente mondati in superficie e rifilati fino ad ottenere la classica forma a «pera». Nella miscela di salagione sono presenti: sale, pepe intero e/o a pezzi ed aglio, possono inoltre essere impiegati vino bianco secco, nitrato di sodio e/o potassio alla dose massima di 195 p.p.m.

Art. 4.

Metodo di elaborazione

Il sezionamento deve avvenire nel territorio di cui all'art. 2 (I capoverso). Il regime climatico dell'area è determinante nella dinamica del ciclo produttivo: dopo aver proceduto all'asportazione della cotenna e alla parziale sgrassatura superficiale della coscia, il fascio muscolare viene separato dalle restanti parti della coscia. Tale operazione viene eseguita con un taglio che, partendo da 4/6 cm. sopra l'articolazione femoro-tibio-rotulea e passando aderente al femore per tutta la sua lunghezza, giunge a tagliare la coscia sino alla sua base. Viene quindi asportato il femore e il grasso, avendo cura di lasciare in superficie uno strato adeguato ad evitare una brusca disidratazione delle carni. Alla fine dell'operazione la massa muscolare si presenta con la caratteristica forma a «pera» può essere immediatamente o dopo opportuno condizionamento termico sottoposta alle successive operazioni di produzione.

La massa muscolare così ottenuta viene salata manualmente a secco. L'operazione di salagione ha una durata che va da uno a sei giorni. Per tale operazione è ammesso soltanto l'impiego di cloruro di sodio (sale da cucina), di nitrato di sodio nella dose max di cui all'art. 3, e pepe in grani spaccati. È pure consentito l'impiego di una concia composta da vino bianco secco e aglio pressato.

Successivamente la massa muscolare è posta in cella frigorifera ad una temperatura fra 0 e 5° C per il tempo sufficiente ad ottenere il necessario assorbimento di sale.

In seguito i culatelli sono posti in cella di riposo; il successo insacco in budelli naturali e la legatura, possono essere effettuati durante o al termine della fase di riposo utilizzando vescica suina o peritoneo parietale e perirenale di suino. Le due operazioni consistono nell'avvolgere il «muscolo» nella vescica urinaria del maiale e nel legarlo con diversi giri di spago che, procedendo a spirale, vanno dalla base dell'apice, intersecandosi con altri giri di spago disposti in senso verticale.

La legatura o immagliatura del prodotto fresco deve essere ben stretta e serve per evitare che all'interno rimangano vuoti d'aria. Col procedere della stagionatura, a causa del calo che subisce la carne, l'immagliatura si presenta via via più allentata.

Successivamente, prima della fase di stagionatura, si procede alla sgocciolatura delle masse muscolari per circa una settimana ed all'asciugatura che può variare da trenta a sessanta giorni in funzione delle condizioni climatiche.

Art. 5.

Stagionatura

La fase di stagionatura deve essere condotta in locali ove sia assicurato un sufficiente ricambio dell'aria a temperatura compresa tra 13° C e 17° C e non deve avere durata inferiore ai dieci mesi a partire dalla fase di salatura.

Durante tale periodo è consentita la ventilazione, l'esposizione alla luce ed all'umidità naturale tenuto conto dei fattori climatici presenti nella zona tipica di produzione.

Art. 6.

Caratteristiche

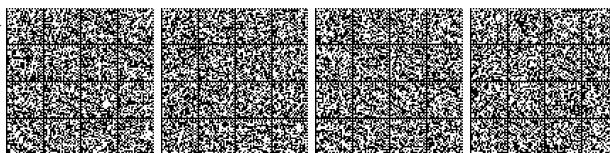
Al termine del periodo minimo di stagionatura il Culatello di Zibello deve presentare un peso compreso tra i 3 e 5 Kg. e, all'atto dell'immissione al consumo, avere le seguenti caratteristiche organolettiche, chimiche e chimico-fisiche:

Caratteristiche organolettiche

Aspetto esterno: caratteristica forma a pera con leggero strato di grasso nella parte convessa, imbrigliato in giri di spago tali da formare una sorta di rete a maglie larghe.

Aspetto al taglio: la frazione muscolare si presenta di colore rosso uniforme ed il grasso compreso tra i diversi fasci muscolari di color bianco.

Odore: profumo intenso e caratteristico.

Sapore: gusto tipico, dolce e delicato.

Caratteristiche chimiche e chimico-fisiche

Le determinazioni dei valori saranno effettuate su campioni di una sezione centrale del Culatello di Zibello costituito da una fetta, prelevata dopo che il culatello è stato suddiviso in due metà, con un taglio trasversale praticato in posizione centrale.

pH	Max.: 6,75	Min. : 5,80
NaCL %	Max.: 5,40	Min. : 3,40
Umidità	Max.: 51,00	Min. : 38

Caratteristiche microbiologiche

	Valore Max.
Carica microbica mesofila	5 x 10 alla settima (UFC/grammo) (conta delle colonie a 30°C)
Batteri lattici mesofili	5 x 10 alla settima (UFC/grammo)
Stafilococchi e micrococchi	5 x 10 alla settima (UFC/grammo)

Art. 7.

Controlli

La verifica del rispetto del disciplinare è svolta conformemente a quanto stabilito dall'art. 37 del regolamento (UE) n. 1151/2012. L'organismo di controllo preposto alla verifica del disciplinare di produzione è CSQA Certificazioni s.r.l. con sede in via San Gaetano n. 74 - 36016 Thiene (VI) - mail: csqa@csqa.it - mail pec: csqa@legalmail.it

Art. 8.

Designazione e presentazione

La designazione della denominazione di origine controllata «Culatello di Zibello» deve essere fatta in caratteri chiari ed indelebili, nettamente distinguibili da ogni altra scritta che compare in etichetta ed essere immediatamente seguita dalla menzione «Denominazione di Origine Controllata».

Tali diciture possono essere abbinate all'eventuale logo della denominazione.

È vietata l'aggiunta di qualsiasi qualificazione non espressamente prevista.

È tuttavia consentito l'utilizzo di indicazioni che facciano riferimento a nomi o ragioni sociali o marchi privati purché non abbiano significato laudativo o tali da trarre in inganno l'acquirente, nonché l'eventuale nome di aziende suinicole dai cui allevamenti il prodotto deriva.

22A07079

Esecuzione dell'articolo 6-*ter* del regolamento delegato (UE) n. 664/2014, come modificato dal regolamento delegato (UE) n. 2022/891.

Il regolamento delegato (UE) n. 2022/891 della Commissione del 1° aprile 2022, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea il giorno 8 giugno 2022 - serie L 155, recante modifica del regolamento delegato (UE) n. 664/2014, ha introdotto l'art. 6-*ter*, paragrafo 1, che ha stabilito che «se la domanda di approvazione di una modifica ordinaria di un disciplinare non proviene dal gruppo richiedente che aveva presentato la domanda di protezione del nome o dei nomi cui fa riferimento il disciplinare, lo Stato membro dà a tale gruppo richiedente, se esiste ancora, la possibilità di formulare osservazioni sulla domanda.»

Ai fini della trasparenza dell'attività amministrativa e per dare esecuzione alla disposizione recata dal sopra citato regolamento, la pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana, della proposta di modifica del disciplinare di una DOP o di un'IGP per la presentazione delle eventuali osservazioni, assolve a tale obbligo, per Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, nel quadro della procedura di approvazione di una modifica ordinaria del disciplinare di produzione di una DOP o di un'IGP, stabilita dal regolamento (UE) n. 1151/2012 e dal decreto ministeriale 14 ottobre 2013.

22A07113

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Comunicato concernente il decreto 1° dicembre 2022, di revisione biennale dei coefficienti di trasformazione del montante contributivo.

Con decreto direttoriale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, emanato di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze del 1° dicembre 2022, sono rideterminati, a decorrere dal 1° gennaio 2023, i divisori e i coefficienti di trasformazione di cui alla Tabella A dell'allegato 2 della legge 24 dicembre 2007, n. 247 e alla Tabella A della legge 8 agosto 1995, n. 335. Il testo integrale del decreto è pubblicato sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali ed è consultabile all'indirizzo: www.lavoro.gov.it - sezione pubblicità legale.

22A07088

MARGHERITA CARDONA ALBINI, *redattore* DELIA CHIARA, *vice redattore*

(WI-GU-2022-GU1-294) Roma, 2022 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

CANONI DI ABBONAMENTO (salvo conguaglio)
validi a partire dal 1° OTTOBRE 2013

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE I (legislativa)

			CANONE DI ABBONAMENTO
Tipo A	Abbonamento ai fascicoli della Serie Generale, inclusi tutti i supplementi ordinari:		
	*(di cui spese di spedizione € 257,04)**	- annuale	€ **438,00**
	*(di cui spese di spedizione € 128,52)**	- semestrale	€ **239,00**
Tipo B	Abbonamento ai fascicoli della 1ª Serie Speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte Costituzionale:		
	*(di cui spese di spedizione € 19,29)**	- annuale	€ **68,00**
	*(di cui spese di spedizione € 9,64)**	- semestrale	€ **43,00**
Tipo C	Abbonamento ai fascicoli della 2ª Serie Speciale destinata agli atti della UE:		
	*(di cui spese di spedizione € 41,27)**	- annuale	€ **168,00**
	*(di cui spese di spedizione € 20,63)**	- semestrale	€ **91,00**
Tipo D	Abbonamento ai fascicoli della 3ª Serie Speciale destinata alle leggi e regolamenti regionali:		
	*(di cui spese di spedizione € 15,31)**	- annuale	€ **65,00**
	*(di cui spese di spedizione € 7,65)**	- semestrale	€ **40,00**
Tipo E	Abbonamento ai fascicoli della 4ª Serie Speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:		
	*(di cui spese di spedizione € 50,02)**	- annuale	€ **167,00**
	*(di cui spese di spedizione € 25,01)**	- semestrale	€ **90,00**
Tipo F	Abbonamento ai fascicoli della Serie Generale, inclusi tutti i supplementi ordinari, ed ai fascicoli delle quattro serie speciali:		
	*(di cui spese di spedizione € 383,93)**	- annuale	€ **819,00**
	*(di cui spese di spedizione € 191,46)**	- semestrale	€ **431,00**

N.B.: L'abbonamento alla GURI tipo A ed F comprende gli indici mensili

PREZZI DI VENDITA A FASCICOLI
(Oltre le spese di spedizione)

Prezzi di vendita:	serie generale	€ 1,00
	serie speciali (escluso concorsi), ogni 16 pagine o frazione	€ 1,00
	fascicolo serie speciale, concorsi, prezzo unico	€ 1,50
	supplementi (ordinari e straordinari), ogni 16 pagine o frazione	€ 1,00

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

PARTE I - 5ª SERIE SPECIALE - CONTRATTI PUBBLICI

*(di cui spese di spedizione € 129,11)**	- annuale	€ **302,47**
*(di cui spese di spedizione € 74,42)**	- semestrale	€ **166,36**

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE II

*(di cui spese di spedizione € 40,05)**	- annuale	€ **86,72**
*(di cui spese di spedizione € 20,95)**	- semestrale	€ **55,46**

Prezzi di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione (oltre le spese di spedizione) € 1,01 (€ 0,83 + IVA)

Sulle pubblicazioni della 5ª Serie Speciale e della Parte II viene imposta I.V.A. al 22%.
Si ricorda che, in applicazione della legge 190 del 23 dicembre 2014 articolo 1 comma 629, gli enti dello Stato ivi specificati sono tenuti a versare all'Istituto solo la quota imponibile relativa al canone di abbonamento sottoscritto. Per ulteriori informazioni contattare la casella di posta elettronica abbonamenti@gazzettaufficiale.it.

RACCOLTA UFFICIALE DEGLI ATTI NORMATIVI

Abbonamento annuo	€ **190,00**
Abbonamento annuo per regioni, province e comuni - SCONTO 5%	€ **180,50**
Volume separato (oltre le spese di spedizione)	€ 18,00

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

Per l'estero, i prezzi di vendita (in abbonamento ed a fascicoli separati) anche per le annate arretrate, compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, devono intendersi raddoppiati. Per il territorio nazionale, i prezzi di vendita dei fascicoli separati, compresi i supplementi ordinari e straordinari, relativi anche ad anni precedenti, devono intendersi raddoppiati. Per intere annate è raddoppiato il prezzo dell'abbonamento in corso. Le spese di spedizione relative alle richieste di invio per corrispondenza di singoli fascicoli vengono stabilite di volta in volta in base alle copie richieste. Eventuali fascicoli non recapitati potranno essere forniti gratuitamente entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del fascicolo. Oltre tale periodo questi potranno essere forniti soltanto a pagamento.

N.B. - La spedizione dei fascicoli inizierà entro 15 giorni dall'attivazione da parte dell'Ufficio Abbonamenti Gazzetta Ufficiale.

RESTANO CONFERMATI GLI SCONTI COMMERCIALI APPLICATI AI SOLI COSTI DI ABBONAMENTO

* tariffe postali di cui alla Legge 27 febbraio 2004, n. 46 (G.U. n. 48/2004) per soggetti iscritti al R.O.C.